www.stat.gouv.qc.ca

Institut de la statistique du Québec

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)

Québec

www.stat.gouv.qc.ca

Institut de la statistique du Québec

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les
données statistiques qui y sont disponibles,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication réalisée et produite par
L'Institut de la statistique du Québec

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-53645-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-53646-8 (version PDF)

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec

Juillet 2008

Avant-propos

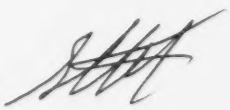
Les maladies mentales comptent parmi les maladies qui entraînent les plus lourdes charges pour la société en raison de l'incapacité qu'elles causent. La dépression majeure et les troubles liés à la consommation d'alcool font partie des six principales maladies à l'origine de l'incapacité. En plus d'être restreintes dans leurs activités, les personnes affectées sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, un Canadien sur dix de 15 ans et plus souffre de l'une ou l'autre des affections à l'étude (dépression, manie, agoraphobie, phobie sociale, trouble panique) ou d'une dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites. Les données de cette enquête constituent une information précieuse qu'il importait de rendre plus accessible aux décideurs et autres intervenants québécois du domaine de la santé mentale, du bien-être et de l'adaptation sociale. L'Institut a mené la présente étude grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux et à la participation de plusieurs chercheurs dans un esprit de complémentarité des expertises.

Cette série de cinq brochures dresse un portrait de l'état de santé mentale des Québécois, le compare avec celui d'autres Canadiens et suggère des pistes pour de futures enquêtes de surveillance.

Ces brochures traitent des thèmes suivants : les troubles mentaux, toxicomanies et autres problèmes de santé mentale; l'utilisation des services et la consommation de médicaments à des fins de santé mentale; le stress au travail en lien avec la santé mentale; et, finalement, une comparaison avec d'autres provinces quant aux principaux indicateurs. Il ne fait aucun doute que ces publications seront utiles aux personnes intéressées à la prévention et à la promotion en santé mentale et en adaptation sociale, à la surveillance en ce domaine ainsi qu'à l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

Le directeur général,



Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « **qualité** » de l'Institut de la statistique du Québec.

Rédaction :

Michel Vézina, Institut national de santé publique du Québec
Renée Bourbonnais, Université Laval
Alain Marchand, Université de Montréal
Robert Arcand, Institut national de santé publique du Québec

Avec la collaboration de :

Valériu Dumitru, Nathalie Plante et Jacinthe Aubin
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de :

Brigitte Beauvais, à la vérification des données
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique
Andrée Roy, à la mise en page

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé :

Daniel Tremblay

Étude subventionnée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : 514 873-4749
Télécopieur : 514 864-9919
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée :

VÉZINA, M., R. BOURBONNAIS, A. MARCHAND et R. ARCAND (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 50 p.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette brochure sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures.

Tous les résultats apparaissant dans cette brochure ont été pondérés à moins d'avis contraire.

Signe conventionnel :

... N'ayant pas lieu de figurer

Abréviations :

IC Intervalle de confiance

RC Rapport de cotes

Remerciements

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être des Québécois est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes. Nous remercions d'abord le ministère de la Santé et des Services sociaux qui a financé le projet. Plusieurs personnes ont aussi généreusement contribué à sa réalisation, en donnant de leur temps et de leur expertise. Un grand merci aux membres du comité d'orientation et de suivi du projet :

- Lise Dunnigan, Direction générale de santé publique, MSSS;
- Jacques Rhéaume, Direction de la santé mentale, MSSS;
- Guylaine Doré et Stéphane Tremblay,
  Direction de la jeunesse et de la toxicomanie, MSSS;
- Richard Boyer, Centre de recherche Fernand-Seguin.

Merci également aux lecteurs externes :

- Chantal Brisson, Université Laval;
- Claude Charbonneau, Accès-Cible SMT.

Nous remercions, de plus, Ronald G. Gravel de la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada qui a partagé, avec le comité et les auteurs, sa connaissance de l'enquête.

À l'ISQ, des collègues ont collaboré de diverses façons, toutes appréciées. Entre autres, Nathalie Plante a assuré une continuité dans la démarche méthodologique alors que Valériu Dumitru et Brigitte Beauvais ont accompli un travail considérable de traitement et de vérification des données.

Jacinthe Aubin

Jacinthe Aubin
Chargée de projet

Table des matières

INTRODUCTION 13

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES 17

Exploitation des données québécoises 17

Précision des estimations 17

Méthodes d'analyse 17

Définition des indicateurs 19

RÉSULTATS 21

Caractéristiques de la population en emploi 21

Prévalence des problèmes de santé mentale 24

Facteurs associés aux problèmes de santé mentale 28

FAITS SAILLANTS 34

DISCUSSION 37

CONCLUSION 41

BIBLIOGRAPHIE 43

ANNEXES 47

Liste des tableaux et des figures

TABLEAUX

1 Répartition de la population en emploi et de la population sans emploi selon diverses caractéristiques socio-démographiques, population de 15 à 75 ans, Québec, 2002 22

2 Proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique selon des contraintes psychosociales de travail et le nombre de semaines en emploi, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 28

3 Proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique selon des caractéristiques personnelles, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 29

4 Proportion de personnes ayant subi une dépression majeure au cours d'une période de 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail et le fait de travailler à son compte, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 30

5 Proportion de personnes se classant positif à l'indice global de dépression au cours d'une période de 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail et le fait de travailler à son compte, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 31

6 Proportion de personnes évaluant comme élevé leurs stress au travail au cours d'une période de 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 31

7 Proportion de personnes évaluant comme élevé leur stress au travail au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques professionnelles, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 32

A.1 Variables associés à la détresse psychologique, à la dépression majeure, à l'indice global de dépression ou à l'autoévaluation du stress au travail selon les analyses bivariées, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 47

A.2 Modèles de régression logistique des liens entre la détresse psychologique (K6) et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 48

A.3 Modèles de régression logistique des liens entre la dépression majeure et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 49

A.4 Modèles de régression logistique des liens entre l'indice global positif de dépression et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 51

A.5 Modèles de régression logistique des liens entre l'autoévaluation du stress au travail (élevé) et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 51

FIGURES

1 Prévalence des contraintes psychosociales de travail, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 23

2 Prévalence des caractéristiques professionnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 23

3 Évolution des contraintes psychosociales de travail chez la population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, de 2000-2001 à 2005 24

4 Prévalence des problèmes de santé mentale chez la population de 15 à 75 ans selon le sexe et le fait de travailler ou non, Québec, 2002 25

5 Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes et de la consultation à des fins de santé mentale chez la population de 15 à 75 ans selon le sexe et le fait de travailleur ou non, Québec, 2002 27

Introduction

Le travail a connu au cours des dernières décennies de profondes transformations tant dans son contenu que dans son organisation et dans les conditions d'emploi. La croissance du secteur des services et le développement de nouvelles technologies ont occasionné de nouvelles contraintes physiques et cognitives, liées notamment à l'informatisation et à l'automatisation, modifiant le contenu du travail. En somme, il y a moins de travail exigeant physiquement mais davantage de travail exigeant sur le plan psychologique et émotionnel (Marmot et autres, 1999). Au chapitre de l'organisation du travail et des conditions d'emploi, les changements ont été marqués surtout par une intensification du travail et une précarisation des emplois; ces aspects s'imposent à travers de nouveaux modes de gestion caractérisés notamment par un contrôle plus serré de la productivité individuelle et collective et par la recherche d'un fonctionnement avec le minimum d'effectifs. Ainsi, des enquêtes américaines révèlent, par exemple, que la proportion des travailleurs qui ont rapporté devoir « travailler très vite » est passée de 55 % à 68 % entre 1977 et 1997. De plus, au cours de la même période, la proportion de ceux qui ont mentionné qu'ils n'avaient « jamais assez de temps pour terminer leur travail » est passée de 40 % à 60 % (Bond et autres, 1998). En Europe, les contraintes de temps ont aussi considérablement augmenté. Ainsi, le fait d'avoir à « travailler très vite » ou d'avoir des « échéanciers serrés » durant au moins le quart du temps de son travail est passé respectivement de 48 % à 60 % et de 50 % à 62 % entre 1990 et 2005 (Eurofound, 2006).

Parallèlement à ces bouleversements, est apparue une augmentation des incapacités de travail de courte et de longue durée liées à des lésions psychiques (Vézina et autres, 1992; Stansfeld, Feeney et autres, 1995; Vézina, 1998; Karthumen, 1995). À ce chapitre, il est important de noter que de 1990 à 2005, le nombre de réclamations acceptées à la CSST (lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique) a plus que doublé, passant de 530 à 1 213, pour des déboursés annuels en indemnités de remplacement de revenus qui ont presque décuplé, passant de 1,5 à 12 millions de dollars (CSST, 2007). De même, quand on analyse les causes d'absence du travail pour de longues durées et indemnisées au Québec par les compagnies privées d'assurance-salaire, on constate que de 30 % à 50 % d'entre elles sont attribuables à des problèmes de santé mentale alors que ce pourcentage n'était que de 18 % en 1990 (Ranno, 2000). Enfin, l'analyse des résultats des trois enquêtes générales sur la santé et le bien-être de la population québécoise, réalisées entre 1987 et 1998, montre clairement que l'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale au Québec a presque doublé au cours de cette période, passant de 7 % à 13 %, que les femmes sont plus touchées que les hommes et que le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour ces problèmes a plus que triplé de 1992 à 1998 (Vézina et Bourbonnais, 2001).

Par ailleurs, les résultats des recherches scientifiques nous indiquent qu'il existe des liens étroits entre certaines dimensions de l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale (Marchand et autres, 2005 et 2006a). Ainsi, en référence au modèle de Karasek (Karasek et Theorell, 1990), une demande psychologique élevée et une autonomie décisionnelle faible ont été associées à des problèmes de dépression, de détresse psycho-logique, d'épuisement professionnel et de consommation accrue de médicaments à visée psychoactive (Bourbonnais et autres, 1996; Niedhammer et autres, 1998; Moisan et autres, 1999; Bourbonnais et autres, 1998; Stansfeld, North et autres, 1995; Godin et autres, 2005; Ylipaavalniemi et autres, 2005; Rugulies et autres, 2006). Dans ces études, l'autonomie décisionnelle au travail couvre deux dimensions : l'une se rapporte à la capacité d'utiliser ses habiletés et d'en développer de nouvelles (autonomie de compétence) alors que

l'autre concerne la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent (autorité décisionnelle). La demande psycho-logique au travail se réfère quant à elle à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps auxquelles il faut faire face au travail. Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé* de 1998 au Québec (Bourbonnais et autres, 2000) nous indiquent qu'une forte demande et une faible autonomie au travail sont associées respectivement à une fréquence d'incapacités de travail pour des problèmes de santé mentale de 14 % et de 16 % comparativement à 12 % et 10 % chez les personnes qui ne sont pas exposées à de telles contraintes. Chez les personnes soumises à une tension élevée au travail, c'est-à-dire un travail présentant à la fois une demande psychologique élevée et une autonomie faible, on observe une fréquence d'incapacités de travail de 17 %. Ces deux contraintes psychosociales, auxquelles les femmes sont plus exposées que les hommes, sont également associées à un niveau élevé de détresse psychologique et à une moins bonne perception de son état de santé mentale (Bourbonnais et autres, 2000).

Au modèle de Karasek, Johnson (Johnson, 1989; Johnson et autres, 1989) a ajouté le faible soutien social comme contrainte psychosociale au travail importante. De façon générale, le soutien social regroupe l'ensemble des interactions sociales qui sont disponibles au travail, tant de la part des collègues que des superviseurs (Karasek et Theorell, 1990). De façon plus spécifique, on distingue deux types de soutien social au travail : le soutien socio-émotionnel et le soutien instrumental. Le soutien socio-émotionnel fait référence au degré d'intégration sociale et émotionnelle et au niveau de confiance entre les collègues et les superviseurs, c'est-à-dire l'esprit d'équipe et le degré de cohésion dans le groupe de travail. Le soutien instrumental concerne, quant à lui, l'importance de l'aide et de l'assistance donnée par les autres dans l'accomplissement des tâches (Fuhrer, Stansfeld, Chemali et Shipley, 1999; Johnson, Hall et Theorell, 1989; Karasek et Theorell, 1990; Siegrist et autres, 1990).

Enfin, en référence au modèle de déséquilibre effort-reconnaissance de Siegrist (1996), on considère également comme pathogène, une situation de travail qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses. L'effort élevé peut provenir de deux sources : l'une extrinsèque et l'autre intrinsèque. L'effort extrinsèque est lié aux contraintes de temps, aux interruptions fréquentes, aux nombreuses responsabilités, à l'augmentation de la charge, à l'obligation de faire des heures supplémentaires et aux efforts physiques exigés. L'effort intrinsèque ou surinvestissement se mesure surtout par l'incapacité de prendre ses distances par rapport à ses obligations de travail ou à empêcher que les préoccupations du travail n'envahissent la sphère privée. Les faibles récompenses quant à elles peuvent prendre trois formes : monétaire (un salaire insatisfaisant), sociale (un manque d'estime et de respect tant de la part des collègues que des superviseurs) et organisationnelle (une insécurité d'emploi et de faibles opportunités de carrière) (Niedhammer et Siegrist, 1998; Niedhammer et autres, 1998; Peter, 2002; Siegrist, 2002).

Il est important de noter que, même si chacune de ces contraintes psychosociales au travail représente un facteur de risque de problèmes psychologiques de santé, les modèles décrits nous indiquent que ce sont principalement les combinaisons de ces facteurs qui sont les plus dommageables pour la santé : la combinaison d'une demande élevée et d'une autonomie faible pour le modèle de Karasek, et un déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance pour le modèle de Siegrist (Bakker et autres, 2000; De Jonge et autres, 2000).

Dans ce contexte, il est apparu utile de documenter les liens entre ces contraintes psychosociales au travail et certains problèmes de santé mentale au Québec, et ce, à partir des données du cycle 1.2 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) portant sur la santé mentale et le bien-être et réalisée en 2002. Dans une perspective de santé publique, il apparaît en effet important de pouvoir compter sur des indicateurs précoces d'altération de la santé mentale permettant de

suivre l'état de santé des populations exposées à des contraintes psychosociales dans le cadre de leur travail, avant que n'apparaissent des épisodes de dépression sévères liés à ces facteurs (Blackmore et autres, 2007). Cette préoccupation est d'autant plus importante qu'au Québec, le plan ministériel de surveillance de la santé de la population prévoit suivre, au moyen d'enquêtes, l'évolution de ces contraintes psychosociales afin de mieux connaître les déterminants de la santé des travailleurs exposés à des transformations croissantes de leur milieu de travail, dans un contexte de mondialisation de l'économie, d'augmentation de la concurrence et de vieillissement de la population.

Aspects méthodologiques

La population cible et les autres aspects relatifs aux méthodes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2) sont décrits dans l'encadré à la page suivante. La première brochure de la présente série (Plante et autres, 2008) et d'autres publications (Gravel et Béland, 2005; Statistique Canada, 2004, 2006) peuvent être consultées pour connaître les détails de la base et du plan de sondage de même que de l'ensemble des procédures d'enquête.

Exploitation des données québécoises

Pour les données québécoises exploitées dans cette brochure, le fichier de partage avec le Québec est utilisé; il contient les réponses de 95 % des répondants (5 047). De ce nombre, 2 877 font partie de la population des travailleurs. La pondération a été ajustée pour tenir compte de la non-réponse additionnelle due au refus de partage des données. L'avantage de ce fichier est qu'il est accompagné de poids *bootstrap* qui peuvent être utilisés pour estimer la précision en tenant compte du plan de sondage avec le logiciel SUDAAN. Les données sont représentatives à l'échelle provinciale seulement.

Toutes les estimations sont pondérées. La pondération tient compte de la probabilité de sélection, de la non-réponse et de la distribution âge-sexe de la population. L'effet du plan de sondage sur la précision des estimations est également pris en compte.

Précision des estimations

Deux méthodes sont utilisées pour évaluer la précision des estimations, soit l'intervalle de confiance (IC) à 95 % et le coefficient de variation (CV). Pour un niveau de confiance de 95 %, l'intervalle de confiance signifie que si l'on tirait un échantillon de la population visée un grand nombre de fois selon le même plan de sondage, alors 95 % des échantillons sélectionnés fourniraient un intervalle de confiance contenant la vraie valeur du paramètre concernant la population visée (ex. : la prévalence). L'intervalle de confiance peut être utilisé pour apprécier la précision d'une estimation ainsi que les écarts entre divers sous-groupes. Le CV est le rapport, en pourcentage, de l'erreur-type d'une estimation sur la valeur de l'estimation elle-même. Des astérisques sont utilisés comme mise en garde lorsque le CV est supérieur à 15 %. Une estimation dont le CV se situe entre 15 % et 25 % inclusivement est accompagnée d'un seul astérisque et appelle une interprétation prudente. Une estimation dont le CV est supérieur à 25 % est quant à elle identifiée par un double astérisque et doit n'être considérée qu'à titre indicatif; elle n'est présentée que lorsque l'intervalle de confiance s'y rapportant demeure informatif. Une estimation aussi imprécise est généralement associée à des prévalences très petites. Elle peut également résulter du fait qu'un grand nombre de sous-groupes est considéré (quatre groupes d'âge, par exemple), donnant lieu à une taille d'échantillon limitée pour certains sous-groupes.

Méthodes d'analyse

Dans cette brochure, des analyses bivariées et multivariées ont été réalisées. Les caractéristiques sociodémographiques de la population de 15 à 75 ans en emploi ont d'abord été comparées à celles de la population sans emploi du même groupe d'âge. L'association entre les contraintes psychosociales, les caractéristiques professionnelles et personnelles et chacun des problèmes de santé mentale retenus a ensuite été étudiée à l'aide d'analyses bivariées pour la population en emploi. Les résultats sont exprimés sous forme de proportions (%). Le test du khi-deux a été utilisé pour la comparaison de proportions entre différents sous-groupes à partir d'un tableau de fréquences pondérées.

Des modèles de régression logistique multivariés ont également été ajustés de manière à étudier la relation entre chacun des indicateurs de santé mentale et les contraintes psychosociales de travail, en tenant compte des variations quant aux caractéristiques professionnelles et personnelles. Les rapports de cotes (*odds ratio*) (RC) ont été utilisés comme mesure d'association dans ces modèles et sont présentés pour toutes les

variables explicatives étudiées, qu'elles soient significatives ou non. Ces rapports sont ajustés afin de tenir compte de l'effet des autres variables explicatives présentes dans le modèle. Un rapport de cotes ajusté est une statistique qui peut servir à évaluer si, toute chose étant égale, un groupe donné (par exemple les hommes) est plus ou moins susceptible de présenter un trouble quelconque par rapport à un groupe de référence (par exemple les femmes). Un rapport de cote égal à 1,0 signifie qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant à la probabilité de présenter un trouble; un rapport de cote significativement supérieur à 1,0 signifie que la probabilité de présenter un trouble est plus élevée dans le groupe d'intérêt comparativement au groupe de référence.

Le rapport de cote peut être interprété comme un risque relatif seulement pour l'indice global de dépression et l'épisode de dépression majeur, dont les prévalences sont relativement faibles. Pour la détresse psychologique et l'auto-évaluation du stress au travail, le rapport de cote indique le sens et la force de la relation mais ne doit pas être interprété comme un risque relatif car il surestimerait ce dernier.

Les modèles multivariés ont été ajustés séparément pour les hommes et les femmes, de même que pour l'ensemble des personnes des deux sexes. Pour ce dernier groupe, une variable indiquant le sexe de la personne a été incluse dans le modèle; les interactions entre le sexe et chacune des variables de contraintes psycho-sociales de travail ont aussi été testées (résultats non présentés) et prises en compte dans l'interprétation des résultats.

***Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2)**

Population cible : personnes de 15 ans et plus vivant à domicile dans les dix provinces. Exclusions : personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur des terres de la Couronne, résidents des établissements, membres à temps plein des Forces canadiennes et habitants de certaines régions éloignées. L'enquête couvre environ 98 % de toute la population de 15 ans et plus vivant au Canada. Dans cette brochure-ci, la population décrite est plus particulièrement celle des travailleurs, soit les personnes de 15 à 75 ans qui, au cours des sept jours précédant l'enquête, avaient un travail rémunéré à titre de salarié ou de travailleur autonome, peu importe le nombre d'heures travaillées.

Base et plan de sondage : base aréolaire de l'Enquête sur la population active. Plan aléatoire stratifié à plusieurs degrés : aires géographiques, grappes de logements, ménages, sélection d'une personne par ménage.

Collecte de données : collecte de mai à novembre 2002 au moyen d'entrevues assistées par ordinateur, en personne principalement, d'une durée moyenne d'un peu moins de 70 minutes. Collecte téléphonique dans 14 % des cas (frais de déplacements excessifs ou refus du répondant de l'entrevue en personne).

Questionnaire : nombreux sujets abordés : troubles mentaux (selon la liste du World mental Health – Composite International Diagnostic Interview Instrument [WMH-CIDI]), détresse psychologique, bien-être psychologique, stress, état général de santé, poids et taille, problèmes de santé chroniques, activité physique, limitation d'activités, services de santé mentale, consommation de médicaments, soutien social, stress au travail chez la population active.

Répondants : au Canada, 36 984 personnes, taux de réponse (non pondéré) de 77 %; au Québec, 5 332 personnes, taux de réponse de 78 %.

Les intervalles de confiance associés aux rapports de cotes pour les modèles séparés permettent d'apprécier la différence observée entre hommes et femmes, le cas échéant. En l'absence d'une interaction significative entre le sexe et une variable donnée (contrainte psychosociale de travail), on ne peut affirmer qu'hommes et femmes diffèrent à ce sujet, et alors, le modèle global fournit des estimations plus précises et des tests statistiques plus puissants que les modèles séparés par sexe.

Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de 5 %.

Définition des indicateurs

Le questionnaire utilisé couvrait un large éventail de problèmes de santé mentale et de facteurs professionnels et personnels pouvant leur être associés.

Problèmes de santé mentale

Pour la présente brochure, les problèmes de santé mentale retenus ont été évalués à l'aide des indicateurs suivants : la dépression majeure, l'indice global de dépression et la détresse psychologique; ces indicateurs étaient mesurés par des sous-ensembles de questions du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). La dépression majeure (épisode dépressif majeur) est une période de deux semaines ou plus, au cours des douze derniers mois, durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités normales, associée à au moins cinq des symptômes suivants : une réduction de l'énergie, un changement sur le plan du sommeil ou de l'appétit, des difficultés à se concentrer, un sentiment de culpabilité ou de désespoir ou des idées suicidaires. Ces symptômes n'étaient pas principalement liés à un deuil et entraînaient chez les personnes une altération de leur fonctionnement professionnel, social ou dans d'autres domaines importants. L'indice global de dépression mesure la présence, au cours des douze derniers mois, d'une dépression majeure, de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide. Enfin, la mesure de la détresse psychologique se fait au moyen de l'échelle K6 (Kessler et autres, 2002), qui établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, déprimée, bonne à rien ou, finalement, avait l'impression que tout lui demandait un effort. Dans cette étude, un score égal ou supérieur à 5 indique un niveau de détresse psychologique élevé. Ce seuil correspond à une sensibilité de 77,4 et une spécificité de 79,7 de l'échelle en regard des troubles de l'humeur, et respectivement de 72,9 et 79,3 en regard des troubles anxieux, dans la population canadienne. La version à 6 questions du questionnaire de Kessler (K6) a été préférée à celle de 10 questions (K10) pour des raisons de comparabilité avec des enquêtes ultérieures; la version courte est plus facile à administrer et de valeur comparable.

L'autoévaluation du stress au travail, au cours des douze derniers mois, relatif à l'emploi principal (Diriez-vous que la plupart de vos journées de travail étaient stressantes?) a également été documentée. Les choix de réponse étaient : pas du tout, pas tellement, un peu, assez et extrêmement stressantes. Sont considérées comme étant exposées à un stress élevé, les personnes ayant répondu que leurs journées de travail étaient assez ou extrêmement stressantes. Cette variable sera considérée comme un problème de santé, même si la nature du concept mesuré est incertaine. En effet, on ne sait pas si cette variable mesure la cause (contrainte) ou l'effet (atteinte à la santé mentale).

Conséquences des problèmes de santé mentale

La consommation de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois fait référence aux médicaments pour aider à dormir, pour réduire l'anxiété, aux régulateurs de l'humeur, aux antidépresseurs, aux médicaments pour traiter les comportements psychotiques ou aux stimulants.

La consultation d'un professionnel à des fins de santé mentale au cours des douze derniers mois est celle, en personne ou au téléphone, auprès d'un psychiatre, d'un omnipraticien ou d'un autre

type de médecin, d'un psychologue, d'une infirmière, d'un travailleur social, conseiller ou psychothérapeute, d'un conseiller spirituel (prêtre, aumônier, rabbin) ou de tout autre professionnel dans le but de « discuter de (ses) émotions, de (sa) santé mentale ou de (sa) consommation d'alcool ou de drogues ».

Caractéristiques professionnelles

Les contraintes psychosociales mesurées font partie des composantes des modèles de Karasek et de Siegrist, les deux modèles les plus largement utilisés et validés pour évaluer les liens entre le stress au travail et la santé.

En référence au modèle de Karasek, les variables suivantes ont été mesurées :

- l'autonomie décisionnelle en deux dimensions, soit l'autonomie de compétence (Votre travail exigeait l'acquisition de nouvelles connaissances, Votre travail exigeait un niveau élevé de compétences, Votre travail consistait à refaire toujours les mêmes choses) et l'autorité décisionnelle (Vous étiez libre de décider de votre façon de travailler, Vous aviez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail);
- la demande psychologique (Votre travail était frénétique, Vous n'aviez pas à répondre à des demandes conflictuelles);
- le soutien social (Vous étiez exposé à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues, Votre surveillant facilitait l'exécution du travail, Vos collègues facilitaient l'exécution du travail).

En référence au modèle de Siegrist, les deux seules variables mesurées sont :

- la sécurité d'emploi (Vous aviez une bonne sécurité d'emploi);
- les efforts physiques (Votre travail exigeait beaucoup d'efforts physiques).

Ces deux dernières questions se répondaient au moyen d'une échelle en 5 points allant de « tout à fait d'accord » à « entièrement en désaccord ».

La codification des échelles fait en sorte que plus le score est élevé, plus la situation est défavorable au travailleur. Pour la faible autonomie décisionnelle (autorité ou compétence), la forte demande psychologique et le faible soutien social, dans cette étude les personnes exposées sont celles dont le score est supérieur à la médiane de la population. Pour l'insécurité d'emploi, les personnes exposées sont celles qui étaient en désaccord ou entièrement en désaccord avec l'énoncé alors que pour les efforts physiques, ce sont celles qui étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé.

D'autres caractéristiques professionnelles reconnues comme étant liées aux contraintes psychosociales de travail ont également été mesurées. Il s'agit du nombre d'heures travaillées par semaine, du nombre de semaines en emploi durant l'année, du fait d'avoir plus d'un employeur et de celui de travailler à son compte.

Caractéristiques personnelles

Outre le sexe et l'âge, le fait de vivre seul ou non, le revenu et la scolarité ont été considérés parmi les caractéristiques personnelles importantes ainsi que la présence de problèmes de santé chroniques.

Résultats

Caractéristiques de la population en emploi

Le tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques de la population à l'étude, soit celle de 15 à 75 ans en emploi au cours des sept jours précédant l'enquête, et de la population sans emploi de ce groupe d'âge jointe par l'ESCC (1.2). La population à l'étude représente 66 % de la population de 15 à 75 ans (donnée non présentée).

Comme on devait s'y attendre, en raison notamment des résultats des enquêtes sur la population active, les hommes et les personnes âgées de 25 à 44 ans occupent une plus grande proportion de la population en emploi que de la population sans emploi, alors que celles âgées de 65 ans et plus n'y sont pratiquement plus représentées. Par ailleurs, le pourcentage des personnes vivant seules ou de celles appartenant à un ménage à faible revenu est significativement plus élevé dans la population sans emploi. Au chapitre de la scolarité, il est intéressant de noter que les personnes n'ayant pas complété leurs études secondaires sont significativement plus représentées dans la population sans emploi et que c'est l'inverse pour les personnes ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires. Aucune différence n'apparaît liée à la région de résidence.

La figure 1 présente la prévalence des contraintes psychosociales de travail, chez les personnes en emploi de 15 à 75 ans au Québec en 2002. En référence au modèle de Karasek, et selon le point de césure choisi (au-dessus de la médiane), ce sont 46 % des travailleurs qui sont exposés à une faible utilisation de leurs compétences au travail et 41 %, à une faible autorité décisionnelle. De plus, 40 % des travailleurs rapportent faire face à une forte demande psychologique au travail, et 45%, à un faible soutien social. Pour ce qui est du modèle de Siegrist, 38 % des travailleurs mentionnent des efforts physiques intenses au travail, et 18 %, de l'insécurité d'emploi. Par ailleurs, il est important de souligner que la prévalence des contraintes psychosociales du modèle de Karasek telles que la faible autorité décisionnelle, le faible soutien social et la forte demande psychologique se situe au-dessous de 50 % par définition. Les pourcentages varient selon la proportion de travailleurs ayant un score égal à la valeur médiane.

D'autre part, on se doit de mentionner les différences observées selon le sexe dans la prévalence de ces contraintes. On remarque en effet que les femmes semblent exposées en plus grande proportion à la plupart des contraintes psychosociales mesurées; cependant, la différence n'est significative du point de vue statistique que pour la faible autorité décisionnelle. À l'inverse, la prévalence des efforts physiques intenses au travail est plus forte chez les hommes que chez les femmes.

Au chapitre des caractéristiques professionnelles liées à ces contraintes, on remarque que les hommes sont exposés en plus grande proportion au fait de travailler 41 heures et plus par semaine ou de travailler à leur compte (figure 2). Pour ce qui est des différences apparentes quant au travail de nuit ou sur des quarts rotatifs, et quant au nombre de semaines en emploi au cours d'une année, elles ne sont pas confirmées statistiquement.

Les cycles généraux de l'ESCC permettent de suivre certains des indicateurs d'intérêt. La figure 3 présente l'évolution de la faible autonomie décisionnelle, du faible soutien social et de l'autoévaluation du stress au travail (élevé) au Québec de 2000-2001 à 2005. Alors que la faible autonomie de compétence et la faible autorité décisionnelle sont demeurées relativement stables au cours de cette période, on note une augmentation significative du faible soutien social qui est passé de 45 % en 2002 à 49 % en 2005. L'autoévaluation du stress au travail s'est améliorée de façon significative entre 2000-2001 et 2005; la proportion de personnes qualifiant la plupart de leurs journées de travail comme assez ou extrêmement stressantes est passée de 42 % à 38 %.

Tableau 1

Répartition de la population en emploi et de la population sans emploi selon diverses caractéristiques sociodémographiques, population de 15 à 75 ans, Québec, 2002

	Population en emploi	Population sans emploi	Population totale
	%		
Sexe			
Hommes[a]	54,4	40,2	49,5
Femmes[a]	45,6	59,8	50,5
Groupe d'âge			
15-24 ans	16,5	17,1	16,7
25-44 ans[a]	48,5	20,1	38,8
45-64 ans	33,6	34,6	33,9
65 ans et plus[a]	1,4*	28,2	10,6
Type de ménage			
Personne vivant seule[a]	12,2	18,3	14,3
Couple sans enfants[a]	23,9	35,3	27,9
Couple avec enfants[a]	50,9	29,7	43,6
Famille monoparentale	8,5	9,8	8,9
Autre	4,5	6,9*	5,3
Plus haut niveau de scolarité			
Études secondaires partielles[a]	18,4	45,3	27,5
Diplôme d'études secondaires	17,4	15,0	16,5
Études post-secondaires partielles	7,5	6,8	7,2
Grade/diplôme d'études post-secondaires[a]	56,8	33,0	48,7
Revenu du ménage			
Inférieur[a]	5,1	22,2	11,0
Moyen inférieur[a]	17,3	26,9	20,6
Moyen supérieur[a]	39,6	28,8	35,9
Supérieur[a]	32,3	12,0	25,4
Non déclaré[a]	5,6	10,1	7,2
Région de résidence			
Urbaine	81,5	80,6	81,2
Rurale	18,5	19,4	18,8

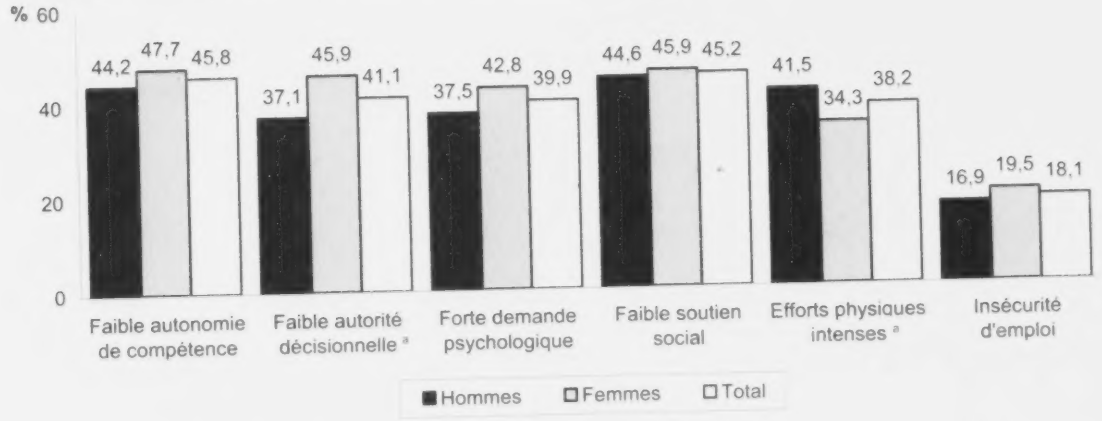
a. Différence significative au seuil de 5 % entre la population en emploi et la population sans emploi quant à cette caractéristique.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

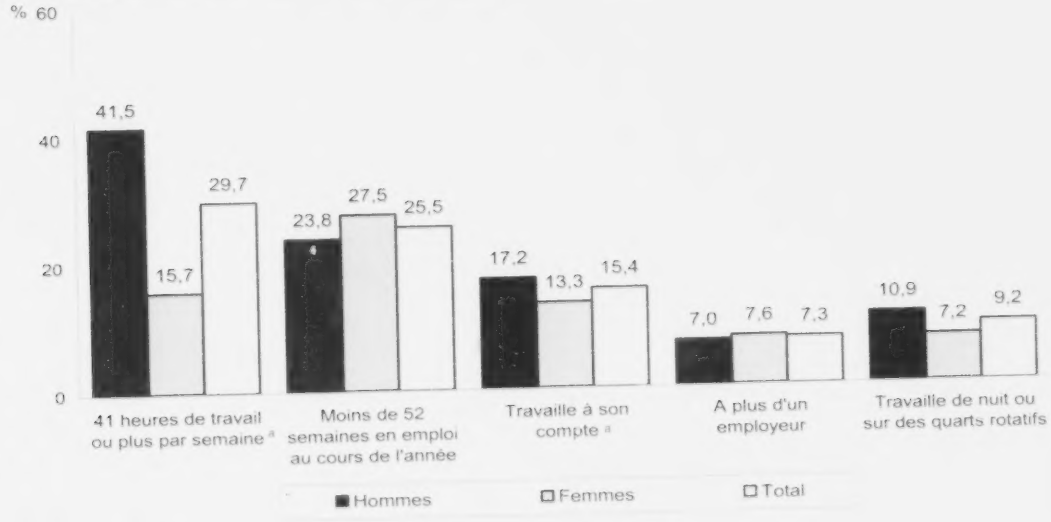
Figure 1
Prévalence des contraintes psychosociales de travail, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002



a. Le test d'association entre cette variable et le sexe est significatif au seuil de 5 %.
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

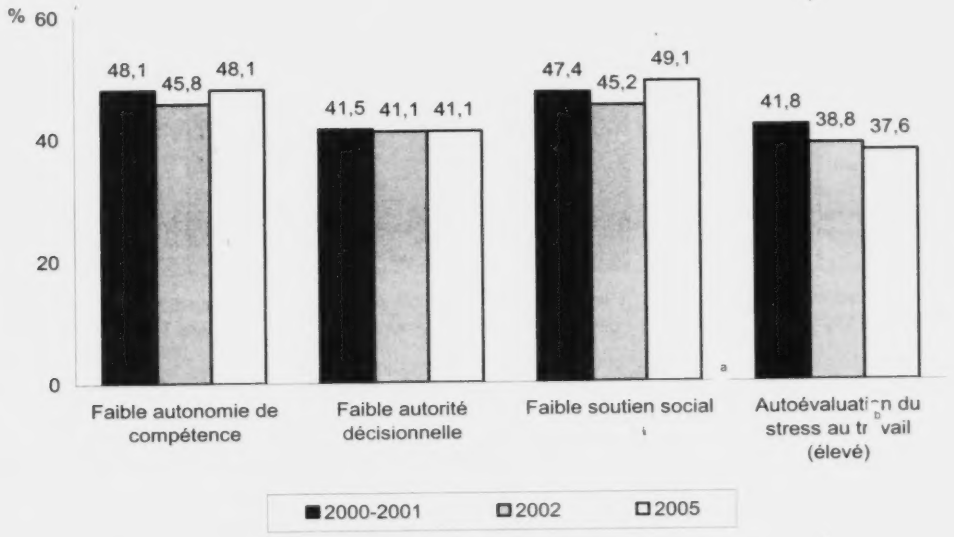
Figure 2
Prévalence des caractéristiques professionnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002



a. Le test d'association entre cette variable et le sexe est significatif au seuil de 5 %.
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3
Évolution des contraintes psychosociales de travail chez la population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, de 2000-2001 à 2005



a. Différence significative au seuil de 5 % entre 2002 et 2005.
b. Différence significative au seuil de 5 % entre 2000-2001 et 2005.
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Prévalence des problèmes de santé mentale

La figure 4 présente la prévalence des problèmes de santé mentale chez les adultes de 15 à 75 ans au Québec en 2002, selon le sexe et le fait de travailler ou non au cours des sept jours précédant l'enquête. On constate que 27 % de l'ensemble de la population présente un niveau élevé de détresse psychologique au cours du mois précédant l'enquête; 5 % ont vécu un épisode de dépression majeure et 8 % montrent un indice global positif de dépression au cours des douze derniers mois. De plus, 39 % des personnes au travail[2] estimaient que la plupart de leurs journées de travail sont assez ou extrêmement stressantes.

La consommation de médicaments psychotropes s'observe davantage chez la population sans emploi qu'en emploi (21 % c. 11 %) tel qu'illustré à la figure 5. Quant à la consultation d'un professionnel à des fins de santé mentale, 9 % et 10 % respectivement de la population de 15 à 75 ans en emploi et de celle sans emploi ont consulté. Lorsque examinée selon le sexe, la consultation ne varie pour ainsi dire pas. Les indicateurs de consommation de psychotropes ou de services ne seront pas traités davantage pour la population en emploi. Ils feront l'objet de la quatrième publication de la présente série (Lesage et autres, 2008).

Par ailleurs, à l'exception de l'autoévaluation du stress au travail et du fait d'avoir consulté à des fins de santé mentale, tous les indicateurs retenus sont favorables à la population en emploi au moment de l'enquête : leur prévalence y est plus faible que dans la population sans emploi. De plus, de façon systématique, les indicateurs de santé mentale sont plus défavorables aux femmes qu'aux hommes.

2. Les personnes ayant travaillé à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois.

Figure 4
Prévalence des problèmes de santé mentale chez la population de 15 à 75 ans selon le sexe et le fait de travailler ou non, Québec, 2002

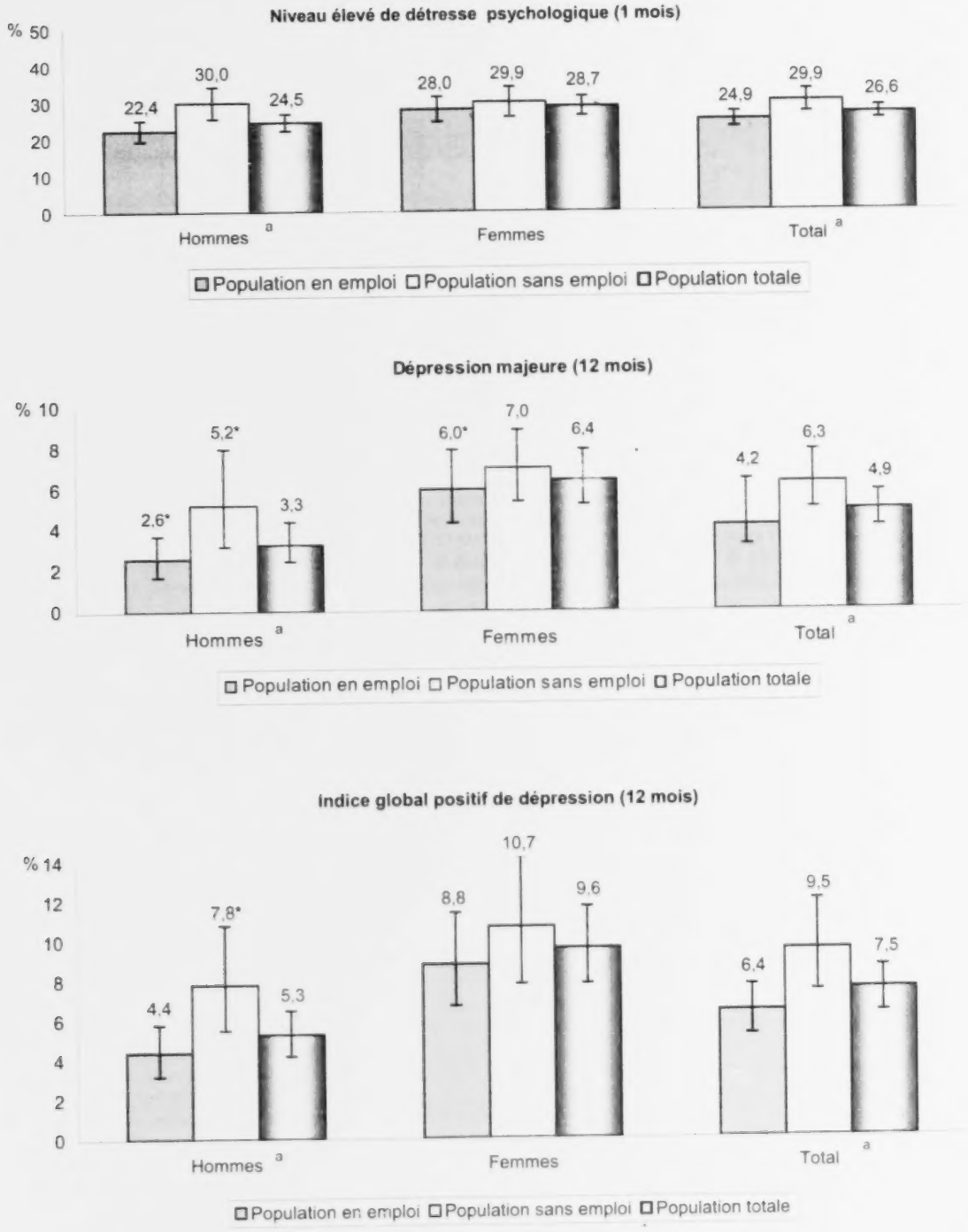
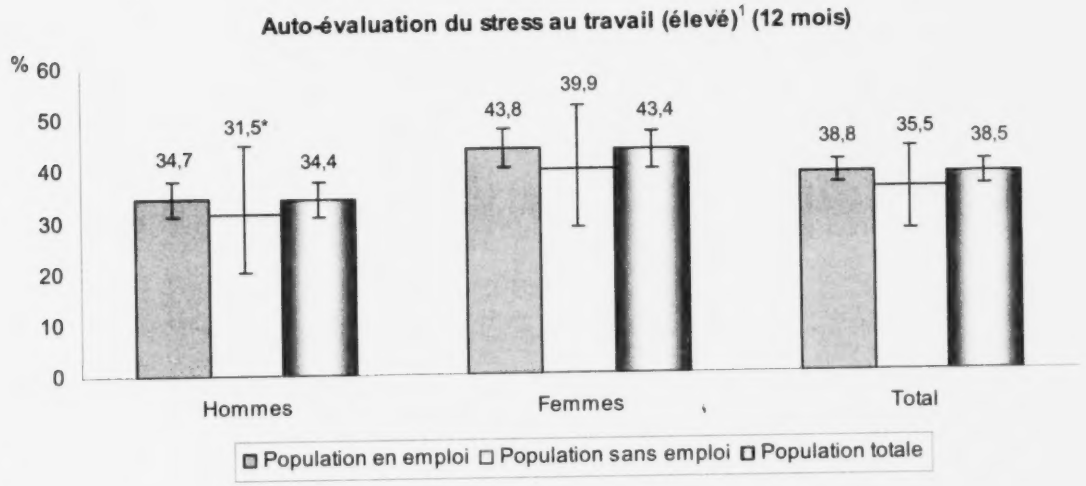


Figure 4 (suite)

Prévalence des problèmes de santé mentale chez la population de 15 à 75 ans selon le sexe et le fait de travailler ou non, Québec, 2002



a. Différence significative au seuil de 5 % entre la population en emploi et la population sans emploi quant à ce problème de santé mentale.

1. Évaluation de la plupart des journées de travail comme étant « assez » ou « extrêmement » stressantes, par opposition à « pas du tout », « pas tellement » ou « un peu » stressantes. À cette question, la population absente du travail au cours des sept derniers jours, mais ayant travaillé à un moment quelconque au cours des douze derniers mois, était aussi invitée à répondre.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

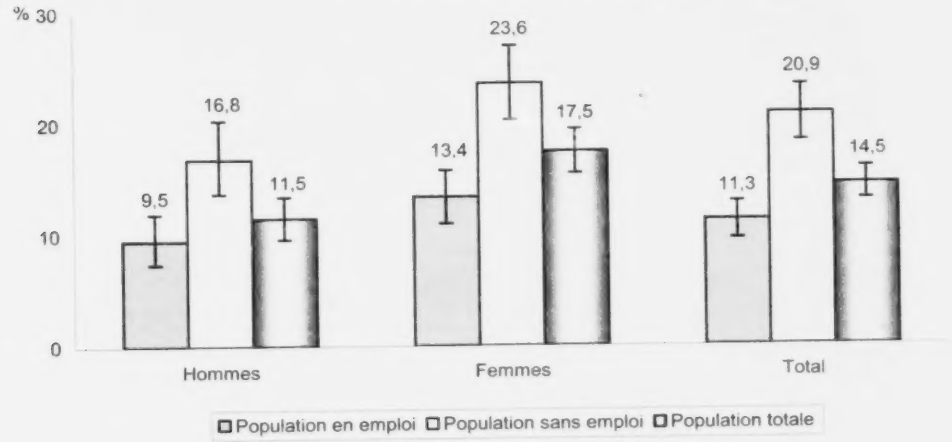
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

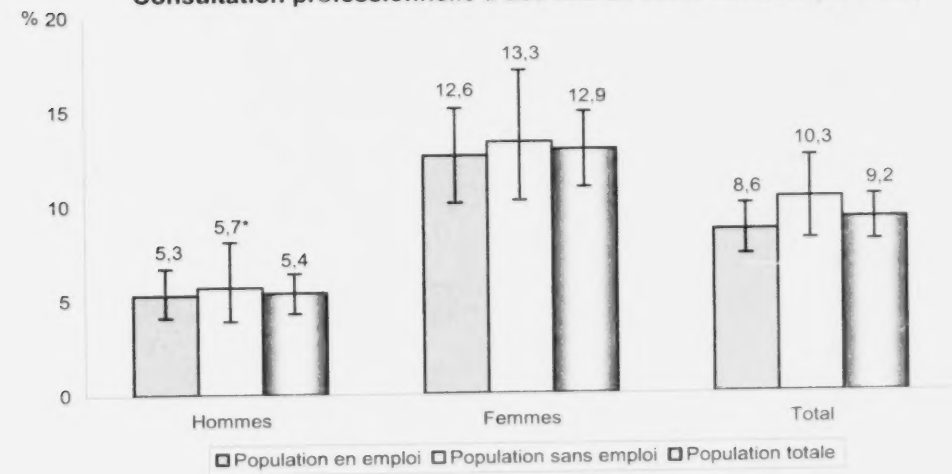
Figure 5

Prévalence de la consommation de médicaments psychotropes et de la consultation à des fins de santé mentale chez la population de 15 à 75 ans selon le sexe et le fait de travailler ou non, Québec, 2002

Consommation de médicaments psychotropes[1] (12 mois)



Consultation professionnelle à des fins de santé mentale (12 mois)



1. Au moins un des médicaments suivants : somnifères, antidépresseurs, anxiolytiques, régulateurs de l'humeur, stimulants, médicaments pour comportements psychotiques.

a. Différence significative au seuil de 5 % entre la population en emploi et la population sans emploi quant à la consommation de médicaments psychotropes.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Facteurs associés aux problèmes de santé mentale

Selon les analyses bivariées, les contraintes psychosociales de travail se sont révélées être associées à l'un ou l'autre des trois indicateurs de santé mentale, soit la détresse psychologique, la dépression majeure et l'indice global de dépression ou à l'autoévaluation du stress au travail, un indicateur de contrainte ou d'atteinte à la santé mentale. Le tableau A.1 (en annexe) donne un aperçu des contraintes psychosociales de travail et des caractéristiques professionnelles et personnelles associées à chacun des problèmes de santé mentale.

Pour illustrer ces relations, le tableau 2 présente la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique selon les variables d'intérêt, chez les personnes en emploi. Ainsi, 29 % des personnes dont l'autonomie de compétence est faible affichent un niveau élevé de détresse psychologique, contre 22 % de celles présentant une forte autonomie.

Tableau 2
Proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique selon des contraintes psychosociales de travail et le nombre de semaines en emploi, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Contraintes psychosociales de travail			
Autonomie de compétence[b,c]			
Faible	25,1	33,8	29,2
Forte	20,1	23,5	21,6
Autorité décisionnelle[a,b,c]			
Faible	27,6	33,9	30,8
Forte	19,2	23,5	21,0
Demande psychologique[b,c]			
Forte	23,5	32,5	27,9
Faible	21,7	25,5	23,3
Soutien social[a,b,c]			
Faible	28,9	35,6	32,0
Fort	17,3	22,3	19,6
Efforts physiques[a,b,c]			
Intenses	27,3	34,5	30,3
Faibles	18,8	25,1	21,8
Insécurité d'emploi[b,c]			
Présence	28,2	36,9	32,5
Absence	21,2	26,1	23,4
Nombre de semaines en emploi[b,c]			
1 à 26 semaines	28,0*	44,1	37,3
27 à 51 semaines	23,1*	23,8*	23,4
52 semaines	21,7	25,7	23,5

a. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % chez les hommes.
b. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % chez les femmes.
c. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % dans la population totale.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Chez les femmes, ces proportions sont de 34 % (faible autonomie) et 24 % (forte autonomie). En fait, chacune des contraintes psychosociales de travail est associée à la détresse psychologique dans l'ensemble de la population à l'étude ainsi que chez les femmes. Chez les hommes, l'autorité décisionnelle, le soutien social et les efforts physiques sont associés de façon significative à la détresse psychologique. De plus, le niveau de détresse psychologique varie selon le nombre de semaines en emploi, ce niveau se révélant plus élevé lorsque le nombre de semaines est inférieur à 27. Le niveau de détresse varie également selon l'âge, le type de ménage, le niveau de scolarité ou le niveau de revenu et selon le nombre de problèmes de santé chroniques, chez les hommes ou les femmes (tableau 3).

Tableau 3
Proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique selon des caractéristiques personnelles, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Groupe d'âge[a,b,c]			
15-24 ans	26,5	36,4	31,4
25-34 ans	33,1	25,4	29,4
35-44 ans	19,6	32,0	25,2
45-54 ans	20,1*	22,5	21,3
55-75 ans	12,9*	19,2*	15,0
Type de ménage[a,c]			
Vit seul	27,5	32,6	29,5
Ne vit pas seul	21,6	27,0	24,1
Plus haut niveau de scolarité[b,c]			
Études secondaires partielles	23,7	37,6*	28,7
Diplôme d'études secondaires	25,4	27,8*	26,4
Études post-secondaires partielles	26,7*	42,7*	33,5
Grade/diplôme d'études post-secondaires	19,8	24,3	22,0
Revenu du ménage[b,c]			
Inférieur	27,9*	47,6*	39,1
Moyen inférieur	24,1	36,4	29,6
Moyen supérieur	22,9	25,2	24,0
Supérieur	19,2	22,6	20,7
Problèmes de santé chroniques[a,b,c]			
Aucun	18,9	22,1	20,2
Un	21,9	25,0	23,4
Deux	24,8*	28,3	26,2

a. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % chez les hommes.
b. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % chez les femmes.
c. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % dans la population totale.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Par ailleurs, la prévalence de la dépression majeure varie selon l'autonomie de compétence et le soutien social au travail (tableau 4). Ainsi, une faible autonomie de compétence chez les femmes réduit à 4,1 % la prévalence de la dépression majeure, contre 8 % en présence d'une forte autonomie de compétence. Un faible soutien social est associé, quant à lui, à une prévalence plus élevée de ce problème chez les femmes et l'ensemble des personnes en emploi. De plus, le fait de travailler à son compte diminue la prévalence de ce problème de santé mentale.

L'indice global de dépression (dépression majeure, pensées suicidaires ou tentatives de suicide) varie selon les mêmes modalités que la dépression majeure seule, mais plutôt chez les hommes (tableau 5). Il montre aussi des variations selon l'autorité décisionnelle chez les hommes et l'ensemble des travailleurs.

Enfin, l'autoévaluation du stress au travail, chez les personnes en emploi au moment de l'enquête, varie selon l'autonomie de compétence, la demande psychologique et le soutien social, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 6). Dans ce cas, c'est une forte autonomie de compétence, une forte demande psychologique de même qu'un faible soutien social qui sont liés à l'autoévaluation d'un stress élevé. Le stress est évalué comme plus élevé lorsque moins d'efforts physiques sont fournis chez les hommes et, en présence d'une insécurité d'emploi, dans l'ensemble de la population. L'autoévaluation du stress varie finalement selon les trois caractéristiques professionnelles considérées (tableau 7). Plus le nombre d'heures travaillées par semaine et le nombre de semaines en emploi au cours de l'année sont importants, plus le stress tend à être élevé. D'autre part, les femmes qui travaillent à leur compte évaluent leur stress au travail comme étant élevé dans une moindre proportion (35 % c. 45 %).

Tableau 4
Proportion de personnes ayant subi une dépression majeure au cours d'une période de 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail et le fait de travailler à son compte, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Contraintes psychosociales de travail			
Autonomie de compétence[b]			
Faible	3,6**	4,1*	3,8*
Forte	1,7**	7,5*	4,2*
Soutien social[b,c]			
Faible	3,4*	8,5*	5,8*
Fort	1,8**	3,8*	2,7*
Travaille à son compte[c]			
Oui	1,8**	2,3**	2,0**
Non	2,7*	6,6*	4,6

b. Le test d'association entre cette variable et la dépression majeure est significatif au seuil de 5 % chez les femmes.
c. Le test d'association entre cette variable et la dépression majeure est significatif au seuil de 5 % dans la population totale.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec

Tableau 5

Proportion de personnes ayant un indice global positif de dépression au cours d'une période de 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail et le fait de travailler à son compte, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total
		%	
Contraintes psychosociales de travail			
Autonomie de compétence[a]			
Faible	6,2*	6,9*	6,5
Forte	2,9*	10,1*	6,0
Autorité décisionnelle[a,c]			
Faible	6,9*	8,3*	7,6
Forte	2,8*	8,8*	5,3
Soutien social[a,c]			
Faible	5,4*	10,7*	7,9
Fort	3,5*	6,8	5,0
Travaille à son compte[c]			
Oui	3,3**	3,7**	3,4*
Non	4,6	9,6	7,0

a. Le test d'association entre cette variable et la dépression majeure est significatif au seuil de 5 % chez les hommes.

c. Le test d'association entre cette variable et la dépression majeure est significatif au seuil de 0.05 dans la population totale.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec

Tableau 6

Proportion de personnes évaluant comme élevé leur stress au travail au cours d'une période de 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total
		%	
Autonomie de compétence[a,b,c]			
Faible	25,3	31,3	28,1
Forte	41,9	55,0	47,7
Demande psychologique[a,b,c]			
Forte	50,9	60,0	55,3
Faible	25,2	32,1	28,2
Soutien social[a,b,c]			
Faible	41,1	53,9	47,1
Fort	29,7	35,2	32,2
Efforts physiques[a]			
Intenses	28,9	48,9	37,1
Faibles	38,6	41,1	39,8
Insécurité d'emploi[c]			
Présence	42,0	49,1	45,5
Absence	33,2	42,6	37,4

a. Le test d'association entre cette variable et l'autoévaluation du stress au travail est significatif au seuil de 5 % chez les hommes.

b. Le test d'association entre cette variable et l'autoévaluation du stress au travail est significatif au seuil de 5 % chez les femmes.

c. Le test d'association entre cette variable et l'autoévaluation du stress au travail est significatif au seuil de 0.05 dans la population totale.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 7

Proportion de personnes évaluant comme élevé leur stress au travail au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques professionnelles, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Nombre d'heures travaillées[a,b,c]			
1 à 20 heures	25,0**	31,4	29,0
21 à 34 heures	28,8*	42,7	38,4
35 à 40 heures	28,1	45,3	36,5
41 heures et plus	44,6	51,8	46,4
Nombre de semaines en emploi[c]			
1 à 26 semaines	21,3**	35,4*	29,4
27 à 51 semaines	30,4	41,2	35,1
52 semaines	36,9	45,7	40,8
Travaille à son compte[a]			
Oui	43,4	34,6*	39,9
Non	32,9	45,2	38,6

a. Le test d'association entre cette variable et l'autoévaluation du stress au travail est significatif au seuil de 5 % chez les hommes.
b. Le test d'association entre cette variable et l'autoévaluation du stress au travail est significatif au seuil de 5 % chez les femmes.
c. Le test d'association entre cette variable et l'autoévaluation du stress au travail est significatif au seuil de 5 % dans la population totale.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

À la suite des analyses bivariées, pour chacun des indicateurs de santé mentale, un modèle de régression logistique multivarié a été réalisé pour l'ensemble de la population à l'étude et aussi pour les hommes et les femmes séparément. Les tableaux A.2 à A.5 (en annexe) montrent l'importance de l'association entre les différentes contraintes psychosociales de travail et chacun des quatre indicateurs de santé mentale retenus. La mesure d'association utilisée est celle du rapport de cotes (RC) ajusté pour chacune des variables qui était associée à l'un ou l'autre des indicateurs de santé mentale.

Les résultats des analyses multivariées révèlent que la faible autonomie de compétence apparaît, de façon surprenante, comme un facteur de protection de la dépression majeure chez les femmes (tableau A.3). Cette variable est aussi associée à une probabilité plus faible d'évaluer son travail comme stressant, chez les femmes et, de façon limite, chez les hommes (tableau A.5), et cela, une fois l'effet des autres variables présentes dans le modèle contrôlé.

Par ailleurs, la faible autorité décisionnelle est associée significativement à la détresse psychologique (tableau A.2) et à une probabilité plus grande d'évaluer son travail comme stressant (tableau A.5) lorsque les analyses sont faites pour l'ensemble de la population. Cette association ne diffère pas selon le sexe mais elle n'est pas détectée chez les hommes ou les femmes séparément. De plus, la faible autorité décisionnelle est associée chez les hommes à un risque accru de se classer « positif » à l'indice global de dépression (tableau A.4).

L'absence d'une association significative lorsque les analyses multivariées sont faites séparément pour chacun des sexes peut s'expliquer par une réduction de la puissance statistique, alors que la présence pour un des sexes d'une association qui n'est pas significative dans les analyses

globales s'explique par l'importance de cette contrainte dans l'une ou l'autre des sous-populations étudiées.

La forte demande psychologique est associée à un niveau de détresse psychologique élevé, chez les femmes, et à une probabilité plus grande d'évaluer son travail comme stressant, tant chez les hommes que chez les femmes.

Un faible soutien social au travail, pour sa part, est associé à un risque accru de détresse psychologique, chez les deux sexes, et d'évaluer son travail comme stressant chez les femmes et, de façon limite, chez les hommes. Par ailleurs, pour la dépression majeure, l'association n'est significative que chez les femmes. En ce qui a trait à l'indice global de dépression, la relation observée chez l'ensemble des travailleurs n'est plus statistiquement significative lorsque les analyses sont faites séparément pour les hommes et pour les femmes, bien que les rapports de cotes soient du même ordre de grandeur.

La variable concernant des efforts physiques intenses se révèle associée à la détresse psychologique uniquement lorsque les analyses sont faites pour l'ensemble de la population, et cette association ne diffère pas selon le sexe – à l'instar de la faible autorité décisionnelle.

Le fait de travailler de 35 à 40 heures par semaine est associé chez les femmes à la détresse psychologique, alors que travailler 41 heures et plus par semaine est lié à une tendance à évaluer son travail comme stressant lorsque les analyses sont faites pour les hommes et les femmes ensemble. Enfin, le fait de ne pas travailler à son compte est associé chez les femmes à une probabilité plus grande de se classer « positif » à l'indice global de dépression et d'évaluer son travail comme stressant.

Au chapitre des caractéristiques personnelles, en présence des contraintes psychosociales et des caractéristiques professionnelles, le fait de vivre seul est associé chez les hommes à la détresse psychologique, à la dépression majeure et à l'indice global positif de dépression. Par ailleurs, la présence d'un problème de santé chronique est liée, tant chez les hommes que chez les femmes, à la détresse psychologique, l'indice global de dépression et une probabilité plus grande d'évaluer son travail comme stressant; chez les femmes, s'ajoute la dépression majeure. Un âge plus élevé constitue un facteur de protection de la détresse psychologique, mais également un facteur de risque d'évaluer son travail comme stressant chez les femmes. Enfin, le fait d'être une femme augmente le risque de dépression majeure, de se classer « positif » à l'indice global de dépression ou d'évaluer comme élevé son stress au travail, après ajustement pour les autres variables. Par contre, la détresse psychologique ne diffère pas entre les hommes et les femmes en emploi dans le modèle ajusté.

FAITS SAILLANTS

État de santé des travailleurs

Parmi la population de 15 à 75 ans, les indicateurs de santé mentale sont favorables à la population en emploi. Les problèmes de santé mentale suivants y sont moins répandus que dans la population sans emploi :

- niveau élevé de détresse psychologique (25 % c. 30 %);
- dépression majeure (4 % c. 6 %);
- indice global positif de dépression (6 % c. 10 %) (dépression majeure, pensées suicidaires ou tentative de suicide).

Le niveau élevé de détresse psychologique tend à augmenter parmi la population en emploi quand le revenu diminue, passant de 21 % (revenu élevé) à 39 % (revenu faible).

Près de 4 personnes sur 10 qui avaient un emploi au moment de l'enquête évaluent la plupart de leurs journées de travail comme assez ou extrêmement stressantes; c'est plus que les personnes sans emploi mais qui avaient travaillé à un moment donné au cours de l'année (39 % c. 36 %). L'autoévaluation du stress au travail est utilisée dans cette étude comme un indicateur de santé.

L'autoévaluation du stress au travail s'est améliorée de manière significative entre 2000-2001 et 2005 (cycles généraux de l'ESCC), alors que la proportion de travailleurs évaluant la plupart de leurs journées comme stressantes est passée de 42 % à 38 %. Cette évolution est inattendue alors qu'en parallèle le soutien social — un autre facteur reconnu comme pathogène — se détériorait, soulignant la nature incertaine du concept de stress au travail (cause ou effet?).

La consommation de médicaments psychotropes (sur douze mois) touche moins la population en emploi que celle sans emploi (11 % c. 21 %). Par contre, une personne sur 10 a consulté un professionnel à des fins de santé mentale (sur douze mois), que ce soit dans la population en emploi (9 %) ou dans celle sans emploi (10 %).

Prévalence des contraintes psychosociales de travail

Dans cette étude, les personnes exposées aux contraintes psychosociales de travail sont, par définition, celles dont le score est plus élevé que la médiane (score élevé = situation défavorable). Selon cette définition :

- la proportion de la population en emploi faisant face à un faible soutien social au travail a augmenté entre 2002 et 2005 (ESCC 3.1), passant de 47 % à 49 %;
- la faible autonomie de compétence et la faible autorité décisionnelle sont demeurées inchangées de 2000-2001 à 2005 (48 % et 41 % respectivement en 2005);
- en 2005, les femmes sont exposées en plus grande proportion que les hommes à une faible autorité décisionnelle (46 % c. 37 %).

Les hommes rapportent faire des efforts physiques intenses au travail dans une proportion de 42 %, contre 34 % chez les femmes.

L'insécurité d'emploi touche environ 18 % de la population.

Contraintes psychosociales de travail associées à l'état de santé

Chez les hommes, une faible autorité décisionnelle, un faible soutien social et des efforts physiques intenses sont associés à une prévalence plus élevée de la détresse psychologique.

Chez les femmes, chacune des contraintes psychosociales de travail est associée à une prévalence plus élevée de la détresse psychologique; s'ajoutent donc, chez elles, une faible autonomie de compétence, une forte demande psychologique et l'insécurité d'emploi comme facteurs de risque.

Lorsque l'ensemble des contraintes psychosociales de travail sont prises en compte simultanément, et les caractéristiques professionnelles ou personnelles contrôlées, on constate qu'une faible autorité décisionnelle, une forte demande psychologique, un faible soutien social et des efforts physiques intenses sont associés à un risque accru de détresse psychologique dans l'ensemble de la population en emploi.

Chez les hommes, une faible autonomie de compétence et une faible autorité décisionnelle sont liées à une prévalence plus élevée de l'indice global positif de dépression. Elles sont également liées à un risque accru de ce problème même lorsqu'un ensemble de contraintes psychosociales de travail et de caractéristiques professionnelles et personnelles sont prises en compte.

Chez les femmes, une faible autonomie de compétence apparaît comme un facteur de protection de la dépression majeure. Les raisons pouvant expliquer cette association mériteraient d'être explorées (contraintes familiales, valeurs différentes des femmes, etc.)

Un faible soutien social au travail est associé à une prévalence plus élevée de chacun des problèmes de santé mentale considérés. Les associations demeurent significatives même lorsqu'on tient compte de l'effet des autres facteurs tels que l'âge, le sexe ou les caractéristiques professionnelles.

Caractéristiques professionnelles associées à l'autoévaluation du stress au travail

Les personnes qui travaillent 41 heures et plus par semaine ont tendance à considérer leur travail comme plus stressant. Un pourcentage plus élevé d'hommes est exposé à cet horaire de travail (41 % c. 16 % chez les femmes).

Caractéristiques personnelles associées à l'état de santé des travailleurs

Le fait d'être une femme augmente le risque de dépression majeure, de se classer positif à l'indice global de dépression ou d'évaluer comme élevé son stress au travail.

Un âge plus élevé est un facteur de protection de la détresse psychologique.

Le fait de vivre seul est associé, chez les hommes, à la détresse psychologique, à la dépression majeure et à l'indice global positif de dépression.

Discussion

Le constat selon lequel les personnes au travail sont en meilleure santé s'explique par le fait que la population générale est composée en partie de personnes inaptes au travail en raison d'une maladie ou de personnes qui présentent davantage de caractéristiques les rendant plus à risque de développer des problèmes de santé, tels le fait de vivre seul (principalement pour les hommes), l'appartenance à un ménage à faible revenu ou encore une plus faible scolarité. Il s'agit ici d'un phénomène largement documenté en épidémiologie et qu'on appelle le biais du travailleur en bonne santé (*Healthy Worker Effect*).

Par ailleurs, le fait que, de manière générale, les indicateurs de santé mentale sont plus défavorables aux femmes qu'aux hommes est conforme aux résultats de nombreuses enquêtes; en effet, ces études montrent que la prévalence de plusieurs problèmes de santé mentale est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cette différence peut être attribuable au cumul des responsabilités familiales et professionnelles, mais également au fait que les femmes occupent souvent des emplois moins qualifiés ou sous-payés et que certains postes de travail peuvent différer selon le sexe, même pour des emplois ayant le même titre (Messing et autres, 2003). De plus, les femmes sont davantage exposées que les hommes à une faible autorité décisionnelle dans le cadre de leur travail.

Les résultats des analyses sont conformes dans l'ensemble à ce qu'on connaît des effets sur la santé mentale des contraintes psychosociales identifiées par le modèle de Karasek et, en partie également, par le modèle de Siegrist.

Au regard des contraintes du modèle de Karasek, le faible soutien social apparaît comme significativement associé aux quatre indicateurs de santé mentale utilisés, alors que la forte demande psychologique est associée à la détresse psychologique chez les femmes et à la perception d'avoir des journées de travail stressantes chez les deux sexes. La faible autorité décisionnelle est également liée à plusieurs indicateurs de santé mentale, dont la détresse psychologique et la perception d'avoir des journées de travail stressantes chez les hommes et les femmes regroupés, et l'indice global positif de dépression chez les hommes. De plus, dans l'ensemble de la population, la probabilité d'un niveau élevé de détresse psychologique s'accroît en présence d'une forte demande psychologique et d'une faible autorité décisionnelle. La probabilité d'évaluer le stress au travail comme étant élevé s'accroît aussi dans ces conditions.

Par ailleurs, le peu de contraintes psychosociales de travail associées significativement à la dépression majeure et à l'indice global positif de dépression peut s'expliquer par un problème de repérage dans le temps et surtout par la faible prévalence de ces problèmes. En effet, alors que la symptomatologie est mesurée sur les douze derniers mois, l'exposition aux contraintes, elle, est mesurée en se référant à l'emploi actuel. De plus, la faible prévalence de ces deux problèmes de santé nécessite plus de puissance pour obtenir des résultats significatifs dans les analyses statistiques. D'ailleurs, une autre étude réalisée avec les données de l'ESCC 1.2, mais à l'échelle de tout le Canada (soit 24 324 plutôt que 2 877 participants) montre bien que la tension au travail (forte demande et faible autonomie) et le faible soutien social sont associés de façon significative à des épisodes de dépression majeure, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (Blackmore et autres, 2007).

Il importe également de souligner que, dans les modèles multivariés, l'ajout de certaines caractéristiques professionnelles ou personnelles a pu faussement atténuer la relation entre les contraintes psychosociales de travail et les problèmes de santé mentale (effet de surajustement). Un ajustement pour la présence de problèmes de santé chroniques pourrait créer un tel effet, par exemple, s'il s'avérait que ces problèmes résultent de l'exposition aux contraintes de l'organisation du travail. Pour la suite des travaux, il serait par conséquent d'intérêt d'étudier plus à fond les effets

confondants des diverses caractéristiques professionnelles et personnelles sur la relation entre les indicateurs de santé mentale et les contraintes psychosociales de travail, afin de déterminer s'il y a lieu de réduire le nombre de variables de certains modèles.

De façon surprenante, la faible autonomie de compétence apparaît, chez les femmes, comme un facteur de protection quant à la dépression majeure et à la probabilité d'évaluer les journées de travail comme stressantes. Ce constat a également été fait par Blackmore et autres (2007), à l'échelle du Canada, pour la dépression sévère, mais les raisons de cette association ne sont pas claires. Peut-être s'agit-il d'une conséquence du recours à certaines stratégies par les femmes, telle l'acceptation d'un travail déqualifié, pour être plus en mesure de faire face aux contraintes familiales? Ces résultats pourraient s'expliquer également par l'existence, chez les femmes, de valeurs différentes (ex.: solidarité, entraide), moins compatibles avec l'obligation de compétition liée aux postes de cadre ou à responsabilités supérieures, de même que par un poids plus important accordé, par exemple, à l'utilité sociale de son travail par rapport à son caractère répétitif ou monotone.

Au regard du modèle de Siegrist, seuls des efforts physiques intenses au travail sont associés significativement à la détresse psychologique, tandis que l'insécurité d'emploi n'est associée à aucune des variables dépendantes examinées dans les analyses multivariées. Dans les analyses bivariées, cette dernière contrainte est associée à la détresse psychologique chez les femmes et dans l'ensemble de la population (hommes et femmes). Cet écart dans les résultats tient au fait que l'insécurité d'emploi est liée aux autres caractéristiques incluses dans le modèle, ces dernières étant elles-mêmes liées à la détresse psychologique. Ainsi, une fois prises en considération les contraintes de travail, les caractéristiques personnelles et professionnelles, il apparaît que la force de la relation entre la détresse psychologique et l'insécurité d'emploi est atténuée, voire non significative. Par exemple, lorsque l'on tient compte des contraintes de travail et du revenu, le lien entre la détresse psychologique et l'insécurité d'emploi n'est plus significatif, tant dans le modèle global que dans les modèles par sexe. Toutefois, ce résultat ne va pas dans le sens d'autres analyses effectuées qui montrent qu'il y a une association assez forte entre l'insécurité d'emploi et la santé mentale, une fois plusieurs autres caractéristiques professionnelles et personnelles considérées (Marchand et autres, 2006b).

L'autoévaluation du stress au travail est difficile à interpréter en raison de la nature imprécise du concept, comme souligné précédemment. Si cette variable mesure la contrainte, il est normal qu'elle soit très corrélée aux autres contraintes ciblées du travail et, ces contraintes affectant la détresse psychologique, il est aussi normal que l'évaluation du stress au travail soit également reliée à la détresse psychologique (données non publiées). Par ailleurs, en raison de ce caractère ambigu du concept de stress au travail (on parle même de stress positif), l'évolution favorable de ce dernier, entre 2000-2001 et 2005, pourrait indiquer une normalisation ou la résignation face à un travail stressant et non une réelle réduction des contraintes psychosociales du travail, lesquelles au contraire augmentent au cours de cette période, si on se réfère au faible soutien social au travail au Québec ou à l'intensification du travail en Europe (Eurofound, 2006). On peut ainsi émettre l'hypothèse que face à ces contraintes, les personnes exposées auraient adopté des stratégies individuelles de protection, telles que le repli sur soi (ce qui peut réduire le soutien social disponible dans le milieu) ou encore le désinvestissement dans la sphère professionnelle, comme le suggèrent les résultats de certaines études qualitatives (St-Arnaud et autres, 2004). Ces stratégies permettent peut-être de réduire la perception de stress, mais au détriment du sens du travail ou de la satisfaction de besoins fondamentaux, tels l'accomplissement personnel ou le sentiment d'appartenir à un réseau ou à un groupe. Aussi, bien qu'il soit tentant de vouloir établir, par cette question unique sur l'autoévaluation du stress au travail, une question synthèse analogue à celle de l'état de santé général, afin de réduire le nombre de questions nécessaires à l'identification d'un problème, cette question, telle que formulée, ne serait pas très utile pour la définition de paramètres d'intervention sur le plan des

contraintes psychosociales de travail dans une perspective de prévention en santé mentale. Cet indicateur pourrait de plus être trompeur, car en plus des doutes soulevés quant à la signification de son évolution favorable entre 2000 et 2005, alors que le soutien social s'est détérioré au cours de la même période, il convient de souligner que la faible autonomie de compétence (i.e.: un travail répétitif, un monotone et peu qualifié) apparaît ici comme un élément protecteur du stress au travail, tandis que cette dimension de l'organisation du travail est par ailleurs reconnue pathogène, tant sur le plan physique que mental (Karasek et Theorell, 1990).

Enfin, il convient de rappeler certaines limites de l'ESCC. D'abord, en ce qui concerne les instruments de mesure utilisés, il est important de mentionner que le questionnaire comportait un nombre restreint de questions par rapport à celui initialement validé pour la mesure des contraintes de l'organisation du travail liées aux modèles de Karasek et de Siegrist. Cette lacune quant à la validité est particulièrement évidente pour la mesure de la demande psychologique (Brisson et Larocque, 2001). En effet, le recours à un nombre restreint de questions (2 au lieu de 9) pour cerner un concept aussi complexe que la demande psychologique peut conduire à une sous-estimation de l'effet de cette contrainte parce que les dimensions pathogènes de celle-ci ne sont pas identifiées correctement. C'est ce qui a pu se passer dans l'ESCC; de fait, il n'y avait aucune question par exemple sur la quantité excessive de travail demandée, sur le fait que les tâches sont souvent interrompues ou encore sur celui de ne pas disposer de suffisamment de temps pour faire le travail.

Ensuite, il convient de rappeler que, s'agissant d'une étude transversale, aucune des associations ne peut être considérée comme causale, d'autant plus que l'état de santé mentale de la personne a pu influencer l'autoévaluation faite par celle-ci, tant des variables dépendantes que des variables explicatives.

Conclusion

Les résultats des analyses nous ont permis d'atteindre l'objectif fixé au départ, soit de documenter pour le Québec les liens entre les dimensions de l'organisation du travail reconnues comme étant pathogènes et certains problèmes de santé mentale. Ces résultats devraient permettre d'orienter l'action préventive en milieu de travail, notamment en lien avec le faible soutien social au travail qui est associé à l'ensemble des indicateurs de santé mentale et qui a augmenté significativement entre 2002 et 2005.

Par ailleurs, il importe de rappeler que le cycle 1.2 de l'ESCC s'inscrit dans le cadre de préoccupations de la majorité des pays occidentaux qui ont réalisé que, si gouverner c'était prévoir, il leur fallait se donner des moyens de connaître la nature et de suivre l'évolution des grandes transformations qui s'opèrent dans le monde du travail actuellement. Dans ce contexte, le contenu de ce genre d'enquête aurait avantage à être bonifié pour couvrir adéquatement l'ensemble des conditions d'emploi ou de travail reconnues comme étant pathogènes, par exemple le manque de reconnaissance, le harcèlement psychologique ou encore certaines situations socialement préoccupantes, tels les problèmes associés à la conciliation travail-famille. L'*Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (EQCOTESST), actuellement en cours de réalisation au Québec, vise à combler ces lacunes.

La périodicité de ce genre de suivi devrait également être revue afin d'en arriver à créer un système de surveillance qui permette de dresser, au moins à tous les cinq ans, un portrait global de la situation, d'observer les tendances et les variations temporelles et spatiales, de détecter les problèmes en émergence, d'identifier les difficultés prioritaires, d'élaborer des scénarios prospectifs et de suivre l'évolution de certaines questions spécifiques et de leurs déterminants. En plus d'aider à la définition de politiques et à l'élaboration de modifications législatives et de fournir un soutien aux décideurs, cette solide base de données factuelles serait d'une grande utilité pour l'ensemble des acteurs intéressés au milieu de travail, dont au premier chef les travailleurs et les employeurs eux-mêmes, mais également les agents de prévention, les formateurs, les spécialistes en relations industrielles et les économistes du travail, pour n'en citer que quelques-uns.

Bibliographie

BAKKER, A. B., C. H. KILLMER, J. SIEGRIST, et W. B. SCHAUFELI (2000). "Effort-reward imbalance and burnout among nurses", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 31, n° 4, p. 884-891.

BLACKMORE, E. R., S. A. STANSFELD, I. WELLER, S. MUNCE, B. M. ZAGORSKI, et D. E. STEWART (2007). "Major Depression Episodes and Work stress: Results From a National Population Survey", *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 11, novembre, p. 2088-2093.

BOND, J. T., E. GALINSKY, et J. E. SWANBERG (1998). "The 1997 national study of the changing workforce. New York (NY) : Families and work Institute, cité dans : Theorell, T. (1999). "How to deal with stress in organizations ? – a health perspective on theory and practice", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 25 , n° 6, special issue, p. 616-624.

BOURBONNAIS, R., C. BRISSON, M. VÉZINA, et J. MOISAN (1996). "Job strain and psychological distress in white collar workers", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 22, p.139-145.

BOURBONNAIS, R., M. COMEAU, M. VÉZINA, et G. DION (1998). "Job strain psychological distress, and burnout in nurses", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 34, p. 18 20.

BOURBONNAIS, R., B. Larocque, C. BRISSON, M. VÉZINA, et D. Laliberté (2000). « Environnement psychosocial du travail », dans : *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « La santé et le bien-être », chapitre 27, p. 571-583.

BRISSON, C., et B. LAROCQUE (2001). « Validité des indices de demande psychologique et de latitude décisionnelle utilisés dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 6, p. 468-474.

CSST (2007). Service de la statistique, données transmises par Gilles Ricard, 2007-01-31.

DE JONGE, J., H. BOSMA, R. PETER, et J. SIEGRIST (2000). "Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large scale cross-sectional study", *Social Science and Medicine*, vol. 50, n° 9, p. 1317-1327.

EUROFOUND. *Fourth European Working Conditions Survey*, [En ligne] : www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm (page consultée le 8 août 2007).

FUHRER, R., S. A. STANSFELD, J. CHEMALI, et M. J. SHIPLEY (1999). "Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II Study)", *Social Science and Medicine*, vol. 48, n° 1, p. 77-87.

GODIN, I., F. KITTEL, Y. COPPIETERS, et J. SIEGRIST (2005). "A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health", *BMC Public Health*, vol. 5, n° 1, p. 67.

GRAVEL, R., et Y. BÉLAND (2005). "The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-being", *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, p. 573-579.

JOHNSON, J. V. (1989). "Collective control: strategies for survival in the workplace", *International Journal of Health Services*, vol. 19, n° 3, p. 469-480.

JOHNSON, J. V., E. M. HALL, et T. THEORELL (1989). "Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 15, p. 271-279.

KARASEK, R., et T. THEORELL (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basis Books, 381 p.

KARTHUMEN, A. (1995). All worked up, Work Health Safety 1995, Institute of occupational Health Helsinki, Finland, p. 34–35.

KESSLER, R. C., G. ANDREWS, L. J. COLPE, E. HIRIPI, D. K. MROCZEK, S.-L. T. NORMAND, E. E. WALTERS, et A. M. ZASLAVSKY (2002). "Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress", *Psychological Medicine*, vol. 32, p. 959-976.

LESAGE, A., J. RHÉAUME, et H. M. VASILIADIS (à paraître en 2008). *Utilisation des services et consommation de médicaments à des fins de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

MARCHAND, A., A. DEMERS, et P. DURAND (2006a). "Social structures, agent personality and mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian work force", *Human Relations*, vol. 59, n° 7, p. 875-901.

MARCHAND, A., A. DEMERS, et P. DURAND (2006b). « Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre », *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 25, n° 2, p.11-30.

MARCHAND, A., A. DEMERS, et P. DURAND (2005). "Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress", *Social Science and Medicine*, vol. 61, n° 1, p. 1-14.

MARMOT, M., J. SIEGRIST, T. THEORELL, et A. FEENEY (1999). "Health and the psychosocial environment at work", dans : M. Marmot et R. G. Wilkinson (dir.), *Social determinants of health*, New York, Oxford University Press, p. 105-131.

MESSING, K., L. PUNNETT, M. BOND, K. ALEXANDERSON, J. PYLE, S. ZAHNM, et autres (2003). "Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 43, n° 6, p. 618-629.

MOISAN, J., R. BOURBONNAIS, C. BRISSON, M. GAUDET, M. VÉZINA, A. VINET, et J. P. GRÉGOIRE (1999). "Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers", *Work and Stress*, vol. 13, p. 289-298.

NIEDHAMMER, I., M. GOLDBERG, A. LECLERC, I. BUGEL, et S. DAVID (1998). "Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 24, n° 3, p. 197-205.

NIEDHAMMER, I., et J. SIEGRIST (1998). « Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 46, p. 398-410.

PETER, R. (2002). "Effort-reward imbalance and ill health", *Psychotherapeut*, vol. 47, p. 386-398.

PLANTE, N, M. BORDELEAU, et J. AUBIN (2008). Présentation de l'enquête, des méthodes et de l'étude sur la santé et le bien-être des adultes québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, 30 p.

RANNO, J. P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*, Montréal, Canada, Vice-présidence, opérations vie et groupe invalidité, Sun Life.

RUGULIES, R., U. BULTMANN, B. AUST, et H. BURR (2006). "Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study", *American Journal of Epidemiology*, vol.163, n° 10, mai, p. 877-887.

SIEGRIST, J. (2002). "Reducing social inequalities in health: work-related strategies" *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 30 (Suppl. 59), p. 49-53.SIEGRIST, J. (1996). "Adverse health effects of High Effort Low-Reward Conditions", *Journal of occupational health psychology*, vol. 1, p. 27-41.

SIEGRIST, J., R. PETER, A. JUNGE, P. CREMER, et D. SEIDEL (1990). "Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men", *Social Science and Medicine*, vol. 31, n° 10, p. 1127-1134.

STANSFELD, S., A. FEENEY, J. HEAD, R. CANNER, F. NORTH, et M. MARMOT (1995). "Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall II study", *Social Science and Medicine*, vol. 40, p. 189-197.

STANSFELD, S. A., R. FUHRER, M. J. SHIPLEY, et M. G. MARMOT (1999). "Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study", *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 56, n° 5, p. 302-307.

STANSFELD, S. A., F. M. NORTH, I. WHITE, et M. G. MARMOT (1995). "Work characteristics and psychiatric disorders in civil servants in London", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 49, p. 48-53.

STATISTIQUE CANADA. *Canadian Community Health Survey (CCHS): Mental Health and Well-being cycle 1.2*, [En ligne] : www.statcan.ca (page consultée le 27 novembre 2007).

STATISTIQUE CANADA (2004). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, Santé mentale et bien-être. Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, 99 p.

SAINT-ARNAUD, L., M. SAINT-JEAN, et J. DAMASSE (2004). *La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale*, Québec, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du Conseil du trésor, Gouvernement du Québec, 163 p. www.tresor.gouv.qc.ca/fr/documentation/secteur/cex.asp

VÉZINA, M. (1998). « La santé mentale au travail : peut-il y avoir place à la lésion professionnelle? », *Le médecin du Québec*, vol. 33, n° 4, p.113-116.

VÉZINA, M., et R. BOURBONNAIS (2001). « Incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale », dans : *Portrait social du Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12.

VÉZINA, M., M. COUSINEAU, D. MERGLER, A. VINET, et M. C. LAURENDEAU (1992). *Pour donner un sens au travail*, Québec, G. Morin.

YLIPAAVALNIEMI, J., M. KIVIMAKI, M. ELOVAINIO, M. VIRTANEN, L. KELTIKANGAS-JARVINEN, et J. VAHTERA (2005). "Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models", *Social Science and Medicine*, vol. 61, n° 1, juillet, p.111-122.

Tableau A1

Variables associées à la détresse psychologique, à la dépression majeure, à l'indice global de dépression ou à l'autoévaluation du stress au travail selon les analyses bivariées, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Niveau de détresse psychologique (1 mois)			Dépression majeure (12 mois)			Indice global de dépression (12 mois) [1]			Autoévaluation du stress au travail (12 mois)		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Contraintes psychosociales de travail												
Autonomie de compétence		√	√		√		√			√	√	√
Autorité décisionnelle	√	√	√				√		√			
Demande psychologique		√	√							√	√	√
Soutien social	√	√	√		√	√		√	√	√	√	√
Efforts physiques	√	√	√							√		
Insécurité d'emploi		√	√									√
Caractéristiques professionnelles												
n d'heures travaillées										√	√	√
n de semaines en emploi		√	√							√		√
Travaille à son compte						√			√	√		
Caractéristiques personnelles												
Âge	√	√	√							√	√	√
Sexe	...	...	√	...	...	√	...	...	√	...	...	√
Type de ménage (vit seul ou non)	√		√	√	√	√	√	√	√		√	
Plus haut niveau de scolarité		√	√							√	√	√
Revenu du ménage		√	√					√	√	√		√
n de problèmes de santé chroniques	√	√	√		√	√		√	√		√	√

1. Indice global de dépression : dépression majeure ou pensées suicidaires ou tentative de suicide.

√ Test d'association entre les deux variables significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.2

Modèles de régression logistique des liens entre la détresse psychologique (K6) et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes (n = 1 425)	Femmes (n = 1 299)	Total (n = 2 724)
	$RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)	$RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)	$RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)
Contraintes psychosociales de travail			
Autonomie de compétence (faible)	1,17 (0,77-1,77)	1,45 (0,98-2,14)	1,29 (0,99-1,67)
Autorité décisionnelle (faible)	1,43 (0,98-2,09)	1,27 (0,85-1,89)	**1,38 (1,06-1,79)**
Demande psychologique (forte)	1,02 (0,69-1,49)	**1,66 (1,14-2,41)**	**1,28 (1,00-1,64)**
Soutien social (faible)	**1,89 (1,29-2,78)**	**1,68 (1,15-2,46)**	**1,81 (1,41-2,33)**
Efforts physiques (intenses)	1,38 (0,95-2,00)	1,24 (0,83-1,86)	**1,33 (1,02-1,72)**
Insécurité d'emploi (présence)	1,24 (0,79-1,94)	1,32 (0,83-2,07)	1,30 (0,96-1,76)
Caractéristiques professionnelles			
Nombre d'heures travaillées			
1 à 20 heures	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
21 à 34 heures	0,55 (0,22-1,38)	1,20 (0,65-2,20)	0,95 (0,58-1,55)
35 à 40 heures	1,05 (0,52-2,09)	**2,02 (1,15-3,56)**	1,53 (1,00-2,34)
41 heures et plus	1,18 (0,58-2,40)	1,18 (0,52-2,68)	1,42 (0,88-2,27)
Nombre de semaines en emploi			
1 à 26 semaines	1,07 (0,56-2,04)	1,88 (1,04-3,40)	1,50 (0,97-2,32)
27 à 51 semaines	0,88 (0,54-1,43)	0,83 (0,44-1,60)	0,87 (0,59-1,29)
52 semaines	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (....)
Travaille à son compte (non)	0,86 (0,50-1,50)	1,26 (0,66-2,41)	1,03 (0,69-1,55)
Caractéristiques personnelles			
Type de ménage (vit seul)	**1,52 (1,07-2,17)**	1,09 (0,69-1,73)	**1,33 (1,01-1,75)**
Problème de santé chronique (oui)	**1,59 (1,10-2,30)**	**1,60 (1,02-2,52)**	**1,54 (1,16-2,05)**
Plus haut niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Diplôme d'études secondaires	1,14 (0,66-1,94)	0,70 (0,35-1,37)	0,90 (0,59-1,39)
Études postsecondaires partielles	0,90 (0,47-1,73)	0,97 (0,44-2,11)	0,97 (0,62-1,53)
Grade/diplôme d'études postsecondaires	0,98 (0,64-1,50)	0,61 (0,35-1,06)	0,80 (0,58-1,10)
Revenu du ménage			
Inférieur	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Moyen inférieur	0,74 (0,35-1,55)	0,79 (0,33-1,85)	0,72 (0,42-1,26)
Moyen supérieur	0,73 (0,36-1,50)	0,50 (0,21-1,20)	0,60 (0,35-1,02)
Supérieur	0,70 (0,33-1,47)	0,52 (0,21-1,34)	0,61 (0,35-1,05)
Non déclaré	0,88 (0,29-2,66)	0,58 (0,19-1,81)	0,69 (0,34-1,42)
Âge	**0,97 (0,96-0,98)**	**0,98 (0,96-1,00)**	**0,98 (0,97-0,99)**
Sexe (femmes)	...	...	1,31 (0,99-1,74)

1. Le RC de chacune des variables du modèle est ajusté pour toutes les autres. Lorsque le test global d'une variable (khi-deux ajusté) est significatif au seuil de 5 %, les RC significatifs sont indiqués en gras.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.3

Modèles de régression logistique des liens entre la dépression majeure et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes (n = 1 422)	Femmes (n = 1 293)	Total (n = 2 715)
	$RC_{ajusté}$ [1] (IC à 95 %)	$RC_{ajusté}$ [1] (IC à 95 %)	$RC_{ajusté}$ [1] (IC à 95 %)
Contraintes psychosociales de travail			
Autonomie de compétence (faible)	2,19 (0,85-5,62)	**0,50 (0,26-0,94)**	0,89 (0,54-1,48)
Autorité décisionnelle (faible)	1,42 (0,55-3,63)	0,84 (0,38-1,84)	1,03 (0,57-1,88)
Demande psychologique (forte)	1,27 (0,56-2,88)	1,20 (0,55-2,61)	1,14 (0,65-2,01)
Soutien social (faible)	1,81 (0,70-4,69)	**2,09 (1,08-4,06)**	**2,01 (1,23-3,28)**
Efforts physiques (intenses)	0,93 (0,42-2,03)	0,81 (0,42-1,54)	0,90 (0,56-1,45)
Insécurité d'emploi (présence)	1,90 (0,63-5,71)	0,93 (0,42-2,04)	1,20 (0,65-2,21)
Caractéristiques professionnelles			
Nombre d'heures travaillées			
1 à 20 heures	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
21 à 34 heures	1,39 (0,03-58,14)	0,82 (0,28-2,40)	0,89 (0,32-2,43)
35 à 40 heures	0,89 (0,02-34,75)	0,97 (0,38-2,48)	0,90 (0,36-2,24)
41 heures et plus	0,83 (0,03-26,75)	0,53 (0,13-2,14)	0,66 (0,23-1,86)
Nombre de semaines en emploi			
1 à 26 semaines	1,32 (0,28-6,19)	1,88 (0,54-6,61)	1,84 (0,69-4,90)
27 à 51 semaines	1,12 (0,38-3,34)	1,14 (0,50-2,59)	1,13 (0,61-2,11)
52 semaines	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Travaille à son compte (non)	1,60 (0,27-9,37)	2,36 (0,63-8,75)	2,02 (0,83-4,92)
Caractéristiques personnelles			
Type de ménage (vit seul)	**3,39 (1,36-8,41)**	1,79 (0,80-4,00)	**2,44 (1,42-4,20)**
Problème de santé chronique (oui)	1,60 (0,68-3,79)	**4,42 (2,10-9,31)**	**2,87 (1,71-4,81)**
Plus haut niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Diplôme d'études secondaires	2,32 (0,61-8,74)	0,79 (0,22-2,85)	1,39 (0,61-3,16)
Études postsecondaires partielles	1,81 (0,24-13,57)	0,31 (0,07-1,36)	0,84 (0,26-2,69)
Grade/diplôme d'études postsecondaires	1,73 (0,51-5,83)	0,91 (0,33-2,46)	1,40 (0,66-2,93)
Revenu du ménage			
Inférieur	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Moyen inférieur	2,18 (0,38-12,40)	1,23 (0,43-3,47)	1,30 (0,61-2,78)
Moyen supérieur	3,84 (0,77-19,23)	0,94 (0,34-2,59)	1,46 (0,66-3,20)
Supérieur	4,24 (0,75-23,88)	0,42 (0,12-1,47)	0,98 (0,37-2,63)
Non déclaré	0,35 (0,04-2,90)	1,45 (0,31-6,72)	1,29 (0,35-4,72)
Âge	**0,99 (0,94-1,04)**	**0,98 (0,95-1,01)**	**0,98 (0,96-1,00)**
Sexe (femmes)	...	...	**1,83 (1,02-3,29)**

1. Le RC de chacune des variables du modèle est ajusté pour toutes les autres. Lorsque le test global d'une variable (khi-deux ajusté) est significatif au seuil de 5 %, les RC significatifs sont indiqués en gras.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.4

Modèles de régression logistique des liens entre l'indice global positif de dépression et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes (n = 1 420) $RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)	Femmes (n = 1 295) $RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)	Total (n =2 715) $RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)
Contraintes psychosociales de travail			
Autonomie de compétence (faible)	1,93 (0,89-4,19)	0,64 (0,36-1,12)	1,06 (0,70-1,62)
Autorité décisionnelle (faible)	**2,10 (1,12-3,96)**	0,69 (0,38-1,26)	1,11 (0,72-1,69)
Demande psychologique (forte)	1,00 (0,51-1,96)	1,29 (0,64-2,61)	1,10 (0,68-1,79)
Soutien social (faible)	1,54 (0,82-2,88)	1,50 (0,89-2,53)	**1,52 (1,05-2,22)**
Efforts physiques (intenses)	1,08 (0,61-1,90)	0,72 (0,40-1,31)	0,88 (0,58-1,32)
Insécurité d'emploi (présence)	1,32 (0,60-2,90)	1,20 (0,62-2,31)	1,27 (0,78-2,05)
Caractéristiques professionnelles			
Nombre d'heures travaillées			
1 à 20 heures	1,00 (...)	1,00 (....)	1,00 (...)
21 à 34 heures	1,58 (0,09-28,00)	1,01 (0,42-2,44)	1,09 (0,49-2,43)
35 à 40 heures	1,47 (0,09-23,06)	1,06 (0,50-2,23)	1,13 (0,56-2,28)
41 heures et plus	2,67 (0,17-42,08)	1,15 (0,43-3,03)	1,51 (0,68-3,31)
Nombre de semaines en emploi			
1 à 26 semaines	2,32 (0,79-6,82)	1,71 (0,65-4,48)	1,94 (0,94-4,02)
27 à 51 semaines	0,93 (0,40-2,16)	0,99 (0,50-1,95)	0,94 (0,56-1,58)
52 semaines	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Travaille à son compte (non)	1,08 (0,36-3,23)	**4,00 (1,20-13,34)**	**2,15 (1,00-4,61)**
Caractéristiques personnelles			
Type de ménage (vit seul)	**4,01 (2,05-7,84)**	1,68 (0,93-3,00)	**2,57 (1,69-3,91)**
Problème de santé chronique (oui)	**2,21 (1,17-4,16)**	**3,50 (1,80-6,79)**	**2,85 (1,84-4,40)**
Plus haut niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Diplôme d'études secondaires	1,58 (0,59-4,23)	0,71 (0,25-1,96)	1,08 (0,58-2,01)
Études postsecondaires partielles	1,70 (0,46-6,27)	0,40 (0,11-1,52)	0,89 (0,41-1,90)
Grade/diplôme d'études postsecondaires	1,13 (0,49-2,62)	0,66 (0,28-1,53)	1,00 (0,57-1,76)
Revenu du ménage			
Inférieur	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Moyen inférieur	1,08 (0,23-5,02)	0,91 (0,38-2,21)	0,93 (0,48-1,80)
Moyen supérieur	2,66 (0,66-10,71)	0,86 (0,37-1,96)	1,34 (0,72-2,49)
Supérieur	2,13 (0,46-9,98)	0,43 (0,15-1,25)	0,85 (0,37-1,95)
Non déclaré	2,12 (0,18-24,49)	1,42 (0,37-5,46)	1,61 (0,58-4,50)
Âge	**0,99 (0,95-1,02)**	**0,98 (0,96-1,01)**	**0,98 (0,96-1,00)**
Sexe (femmes)	...	...	**1,91 (1,19-3,04)**

1. Le RC de chacune des variables du modèle est ajusté pour toutes les autres. Lorsque le test global d'une variable (khi-deux ajusté) est significatif au seuil de 5 %, les RC significatifs sont indiqués en gras.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.5

Modèles de régression logistique des liens entre l'autoévaluation du stress au travail (élevé) et les contraintes psychosociales de travail et caractéristiques professionnelles et personnelles, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

	Hommes (n = 1 427)	Femmes (n = 1 299)	Total (n = 2 726)
	$RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)	$RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)	$RC_{ajusté}$[1] (IC à 95 %)
Contraintes psychosociales de travail			
Autonomie de compétence (faible)	**0,68 (0,47-1,00)**	**0,40 (0,27-0,58)**	**0,53 (0,41-0,68)**
Autorité décisionnelle (faible)	1,25 (0,87-1,79)	1,25 (0,89-1,76)	**1,31 (1,02-1,68)**
Demande psychologique (forte)	**2,89 (2,03-4,11)**	**2,75 (1,86-4,07)**	**2,81 (2,18-3,64)**
Soutien social (faible)	**1,42 (1,00-2,00)**	**1,91 (1,34-2,70)**	**1,62 (1,27-2,07)**
Efforts physiques (intenses)	0,76 (0,54-1,07)	1,42 (1,00-2,03)	1,03 (0,80-1,32)
Insécurité d'emploi (présence)	1,40 (0,80-2,45)	1,26 (0,76-2,08)	1,33 (0,93-1,90)
Caractéristiques professionnelles			
Nombre d'heures travaillées			
1 à 20 heures	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
21 à 34 heures	0,83 (0,27-2,60)	0,99 (0,53-1,85)	0,98 (0,57-1,72)
35 à 40 heures	1,12 (0,46-2,75)	1,02 (0,57-1,83)	1,06 (0,67-1,70)
41 heures et plus	1,72 (0,72-4,12)	1,45 (0,74-2,86)	**1,61 (1,00-2,59)**
Nombre de semaines en emploi			
1 à 26 semaines	0,59 (0,25-1,36)	0,79 (0,42-1,48)	0,71 (0,45-1,12)
27 à 51 semaines	0,89 (0,56-1,42)	0,91 (0,54-1,52)	0,88 (0,63-1,23)
52 semaines	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Travaille à son compte (non)	0,75 (0,43-1,34)	**2,43 (1,29-4,54)**	1,22 (0,82-1,81)
Caractéristiques personnelles			
Type de ménage (vit seul)	0,94 (0,65-1,37)	1,10 (0,71-1,69)	1,02 (0,78-1,33)
Problème de santé chronique (oui)	**1,41 (1,00-1,98)**	**1,57 (1,10-2,26)**	**1,44 (1,12-1,85)**
Plus haut niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Diplôme d'études secondaires	0,69 (0,38-1,24)	0,93 (0,48-1,81)	0,81 (0,53-1,25)
Études postsecondaires partielles	0,97 (0,43-2,18)	0,86 (0,36-2,01)	0,99 (0,56-1,73)
Grade/diplôme d'études postsecondaires	1,24 (0,76-2,04)	1,12 (0,61-2,06)	1,26 (0,88-1,81)
Revenu du ménage			
Inférieur	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Moyen inférieur	1,08 (0,43-2,72)	1,67 (0,72-3,85)	1,33 (0,74-2,37)
Moyen supérieur	0,91 (0,38-2,20)	1,58 (0,70-3,57)	1,15 (0,65-2,02)
Supérieur	1,44 (0,61-3,39)	1,45 (0,64-3,29)	1,41 (0,79-2,52)
Non déclaré	1,62 (0,48-5,44)	1,24 (0,48-3,17)	1,47 (0,67-3,23)
Âge	**0,99 (0,98-1,01)**	**1,02 (1,01-1,03)**	**1,01 (1,00-1,01)**
Sexe (femmes)	...	...	**1,56 (1,18-2,06)**

1. Le RC de chacune des variables du modèle est ajusté pour toutes les autres. Lorsque le test global d'une variable (khi-deux ajusté) est significatif au seuil de 5 %, les RC significatifs sont indiqués en gras.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être de la population québécoise de 15 ans et plus prend la forme de cinq brochures,dont voici la seconde. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) de Statistique Canada permet de décrire la population des travailleurs québécois de 15 à 75 ans, en 2002, et les contraintes psychosociales de travail qu'ils subissent. Plusieurs aspects du stress (autonomie décisionnelle, soutien social, efforts physiques, etc.) et des conditions de travail (horaire, nombre d'heures travaillées, etc.) sont mis en relation avec l'état de santé mentale des hommes et des femmes. Des pistes sont suggérées pour la surveillance des conditions délétères de travail.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

Institut de la statistique Québec

ISBN 978-2-550-53645-1

9 782550 536451

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Imprimé au Québec, Canada